Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Vorstand: Professor Dr. Gaupp

Erb- und sozialbiologische Untersuchungen an genuinen Epileptikern und deren Kindern

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe
einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen

vorgelegt von
Hans Rudolf Raether
aus Galkhausen (Rhld.)

1937

Druck: Heinrich Pöppinghaus o. H.-G., Bochum-Langendreer.

Dekan: Prof. Dr. Hermann D o l d.
Berichterstatter: Prof. Dr. Robert G a u p p.

Zum Druck genehmigt von der Medizinischen Fakultät Tübingen.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinem Vater gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549602_0107

Beschäftigen wir uns mit den zahlreichen und tiefgehenden Arbeiten im Gebiet der menschlichen Erblichkeitsforschung während der letzten zweieinhalb Jahrzehnte, so könnten wir fast annehmen, die wichtigsten Fragen seien geklärt. Die rastlose und vielseitige Tätigkeit, die in jenem Zeitraum zum erbbiologischen Gebäude Stein auf Stein setzte, erlebte schließlich in Deutschland ihre Krönung in der Einführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Sicher mag mancher meinen, dieses große Werk stelle den Abschluß einer langen Epoche des Suchens und Findens dar und sei wissenschaftlich für alle Zeiten so fundiert, daß künftig weitere Ausbauarbeit an den Grundpfeilern zu diesem Gesetz nicht mehr von Nöten sei. Wir brauchen aber nur Luxenburger (und Weygandt) anzuführen: „Wenn auch die Zahl der epileptoiden Psychopathen und der anderen rassenhygienisch unerwünschten, abnormen Typen in den Kinderschaften (gemeint ist: der genuinen Epileptiker, D. V.) noch nicht feststeht, . . .“ um zu wissen, daß schon in der Frage nach Vererbung der Anlage „Genuine Epilepsie“ eine Lücke zu schließen ist. Es bleibt weiter Tatsache, daß die zahlreichsten und exaktesten Untersuchungen auf dem Gebiete der Erblichkeitswissenschaft, speziell auf dem der menschlichen Hereditätsbiologie die Vererbungsmodi mancher ärztlich und sozialbiologisch wichtiger krankhafter Anlagen bis zur Stunde noch nicht haben klären können. Teils ist der Erbgang als solcher schwer oder gar nicht aufzufinden, weil andere Anlagen in ihrer Durchschlagskraft so stark verdeckend und überlagernd wirken, daß die für jene krankhafte Erbanlage zu erwartenden Mendelzahlen nicht erreicht werden. Teils sind es die variablen hemmenden Einflüsse der Umwelt, die das Manifestwerden einer vererbbaren Krankheit hintan- oder zum mindesten aufhalten oder gar ganz verhindern. Mit der gleichen Wahrscheinlichkeitsaussicht können aber auch andere, überlagernde Erbfaktoren ganz oder teilweise gegenüber einer Anlage fehlen, sodaß diese ihre Manifestation unter allen Umständen erreicht. Das ist weiterhin um so eher und hemmungsloser der Fall, als die Umwelt (die Summe von Noxen und Gegennoxen) selbst fördernd einzuwirken vermag, indem sie einmal allgemein in manchen Individuen einen gegenüber der zum Ausbruch neigenden Anlage widerstandsschwachen Boden schaffen und ferner besondere Schädlichkeiten (körperliche und psychische Traumen)

setzen kann, die das Offenbarwerden einer Erbanlage geradezu provozieren.

Es wird in Zukunft weiter unsere Aufgabe bleiben, den Erbgang einer Anlage festzustellen und darnach zu trachten, durch unermüdliche Kontrollarbeit Regelmäßiges zu Gesetzmäßigem zu erhärten. Den gleichen Anspruch auf Berücksichtigung verdienen aber auch — nach den neuesten praktischen Erfahrungen in der Sterilisierungsarbeit wohl ungleich mehr als bisher — folgende Fragen:

1) nach dem Vorhandensein einer oder mehrerer anderseartiger Erbanlagen,

2) nach dem Erbmodus dieser Entitäten,

3) nach gleichsinnig- oder entgegengesetztwirkender Einflußnahme dieser Entitäten auf die Anlage, die nach ihrer eugenischen und sozialen Wertigkeit abgeschätzt werden soll.

Gleichzeitig muß in jedem Falle versucht werden, festzustellen:

1) ob und inwiefern (hemmend oder fördernd) exogene Faktoren bei der Manifestation einer Anlage ausschlaggebend mitwirken,

2) ob etwa bei Vermeidung einer Noxe (exogener Faktor) die Erbanlage nicht zum Durchbruch im Phänotypus hätte kommen brauchen oder ob sie auch ohne Umweltsschädlichkeit hätte manifest werden können.

Sobald wir diese Fragen anschneiden, um eine genaue Auskunft über die Stellung des Individuums in einem bestimmten Erbkreis zu erhalten und um damit eine allseitig unterbaute Erbprognose zu stellen, müssen wir einsehen, daß noch manches fehlt und augenblicklich überhaupt nicht beantwortet werden kann.

Betrachten wir vergleichend die Ergebnisse aller Erblichkeitsuntersuchungen der vergangenen 25 Jahre, so finden wir selten harmonierende Mendelziffern, die ohne weiteres auf einen bestimmten Erbgang schließen ließen. Von den unvermeidlichen Fehlerquellen (allzugeringe Probandenanzahl) abgesehen, dürfte ein wesentlicher, wenn nicht gar der Hauptgrund für diese Differenzen doch wohl jener sein, daß nach Generationen mit verschieden zahlreichen, starken und schwachen, Anlagen im derzeitig existierenden Individuum einer Sippe und eines Erbkreises ein komplizierter Reaktionsboden geschaffen wurde. Das Leben mit seinen variablen Kräften beeinflußt im Individuum nun entweder dessen Anlagen in verstärkendem oder schwächendem Sinne, oder die Entitäten gehen unbeirrbar ihren gesetzmäßigen Weg. Im letzteren Falle wird eine Anlage, nach den Mendelzahlen erwartet, manifest.

Diese Überlegungen wollen besagen, daß jede erbkranke Einzelperson unter Berücksichtigung aller beeinflussenden Faktoren erb-

prognostisch eingeschätzt werden muß: der Kranke darf dabei aber nicht aus dem Zusammenhang seines Erbstroms gerissen und „isoliert" beurteilt werden. Das Individuum ist ja nicht nur eingekettet in die Gruppe „Erbkreis A oder B oder C", sondern — wir sahen das oben bereits — es stellt das Ergebnis dar vom Walten der Erb-, Vitalitäts- und Umweltfaktoren, die, Generationen hindurch, eine Art stets aufs Neue verdichteten und doch differenzierten. Könnten oder würden wir in jedem Falle, wo es möglich ist, die Ahnenreihen eines Patienten bis ins einzelne festzustellen uns bemühen, würden rein empirisch unsere Erbprognosen klarer und einwandfreier.

Die eugenisch verantwortungsvolle Entscheidung bliebe aber unvollkommen, wollten wir die erbkranke Einzelperson lediglich an den soeben angeführten, erbbiologisch wichtigen Momenten und der Häufigkeit des Auftretens der Erbanlage in ihren Ahnenreihen bewerten. Wir müssen auch die soziale Wertigkeit, nicht allein des einzelnen Kranken, sondern auch die soziale Tüchtigkeit der Ascendenz ergründen, um über das Schicksal unseres Patienten und damit über die sozial-biologische Prognose der kommenden Generationen einen abschließenden Spruch fällen zu können.

Soziale Brauchbarkeit und Eingliederungsvermögen sind einigermaßen zutreffend wohl nur daran zu messen, ob das Glied einer Ahnenreihe auf d e r sozialen Stufe, auf die es durch Berufung, Erziehung und Milieufaktoren gezwungen wurde, zum mindesten durchschnittlich zu fordernde Lebensleistungen aufweist. Diese Leistungen müssen mit einer gewissen Konstanz und Pünktlichkeit ohne allzu große Schwankungen in unter- und überdurchschnittliche Tätigkeit das ganze arbeitsfähige Leben (daher „Lebensleistungen") hindurch verrichtet werden.

Wir stellen hiermit ein strenges Postulat auf. Aber es handelt sich ja bei unseren eugenischen Maßnahmen in einer sicher nicht kleinen Anzahl von Fällen darum, abzuwägen, ob und inwieweit gute, überragende, generationenweise vertretene Anlagen bei der Manifestation einer krankhaften Erbanlage in einem augenblicklich lebenden Träger durch die nun gesetzlich notwendig gewordene Ausschaltung vom Lebensstrom mitverschwinden und der Allgemeinheit, der societas, verloren gehen. Bei dieser verantwortungsschweren Entscheidung haben wir unbedingt streng zu messen und müssen wirklich überzeugt sein, daß wertvolles Erbgut aus unserem Volke ausgemerzt würde bzw. erhalten bleiben müßte.

Wir denken hier vor allem an Personen, die dem cirkulären Erbkreis angehören und bei denen die eugenische Entscheidung sicher oftmals schwer fällt. Auch aus anderen Formenkreisen sind solche schwerwiegenden Entscheidungen bekannt.

Vorliegende Arbeit versucht, die Lücke, die im Erbkreis Epilepsie noch offen ist, erbstatistisch schließen zu helfen; dabei beschränkt sie sich jedoch nicht darauf, rein erbbiologisch Erkenntnisse hinzuzugewinnen, sondern will auch die sozialbiologischen Faktoren in gleicher Weise zur Geltung kommen lassen.

Die Untersuchungen gliedern sich daher in 2 Abschnitte: Der erste behandelt die medizinisch-erbpsychiatrischen Fragen, im zweiten sollen soziale Wertung und Bedeutung von Trägern der Erbanlage Epilepsie besprochen werden. Daß gerade dem 2. Teil noch Mängel anhaften, daß er nicht vollkommen ist, soll nicht bestritten werden; den Weg zur Berücksichtigung sozialer Komponenten und die Notwendigkeit, soziale Faktoren nicht gering zu schätzen, vermag er immerhin aufzuzeigen.

Wir haben zu unserer Arbeit alle männlichen und weiblichen Aufnahmen der Universitäts-Nervenklinik Tübingen aus den Jahren 1894—1909 gesichtet, die unter der Diagnose „Epilepsie, Hysteroepilepsie, Spätepilepsie usw." geführt wurden. Es waren 283 Fälle dieser Art, die zum größten Teil schon nach den Krankenblattaufzeichnungen als gesichert genuin-epileptisch angesehen werden konnten. Nach dem Vorbild ähnlicher Arbeiten sandten wir zunächst für alle Kranken an deren Heimatbehörden (als primäre Auskunftstellen kamen nur die Bürgermeisterämter in Frage) einen Fragebogen, der knapp und leichtfaßlich gehalten war, dennoch aber die für Ascendenz- und Descendenzuntersuchungen wichtigen Fragen enthielt. Auch für die zweifelhaft genuin-epileptischen Personen wurden Bögen verschickt. Daß diese alle als Zusatz enthielten: Welche weiteren Amts- und Privatpersonen (näher- und entferntverwandte Angehörigen) können über den Kranken noch Angaben machen? —, hat sich recht bewährt. Außerdem blieb den in dieser Hinsicht zur Zeit stark beanspruchten Bürgermeisterämtern auf diese Weise erspart, selbst eingehend Antwort erteilen zu müssen; sie waren froh, uns mehrere weitere Auskunftstellen namhaft machen zu können, um dadurch selbst entlastet zu sein. Die ferneren, sekundären Umfragen waren stets persönlich abgefaßt unter Beifügung eines Fragebogens. Gesundheits- und Wohlfahrtsämter, NSV.-Stellen, Pfarrämter beider Konfessionen (die sorgfältigsten Quellen!), ferner Heil- und Pflege-, Fürsorge- und Strafanstalten, Gerichte, weiterhin Oberämter (Kreisämter), Polizeidienststellen, Einwohnermeldeämter usw. wurden beansprucht; wir waren überrascht von dem Interesse, das alle Stellen unserer Arbeit entgegenbrachten. Da wir aus zeitlichen und finanziellen Gründen nicht in der Lage waren, Probanden, bei denen es notwendig erschien, und deren Kinder persönlich aufzusuchen und zu explorieren, baten wir geeignete Stellen und Personen (Gesund-

heits- und Wohlfahrtsämter, Pfarrer, Lehrer, Jugendpfleger und Fürsorgerinnen), an Hand unseres Bogens und für den einzelnen Fall besonders zusammengestellter Fragen die Leute aufzusuchen oder vorzuladen und entsprechend zu „vernehmen". Wir haben gerade durch diese Art von „indirekter" Exploration manches erreicht. Denn all jene Personen, die wir mit der „Vernehmung" betrauten, hatten mit unseren Probanden oder deren Angehörigen und Kindern vielfach schon vorher einen natürlichen Kontakt, der uns die Antworten der Explorierten von vorneherein vorbehaltloser und darum wertvoll erscheinen ließ. — Auch mit ausländischen Behörden machten wir angenehme Erfahrungen; es wurden französische, schweizerische und polnische Amtsstellen des öfteren um Angaben ersucht. Entscheidend scheint uns in allen Fällen zu sein, daß, völlig gleichgültig, an wen das Schreiben gerichtet wird, der möglichst persönliche und herzliche Ton die Helfer mobilisiert. Die Fragebogen sind zwar müheloser, im Endeffekt aber weit weniger bedeutungsvoll.

Nach Sichtung der Antworten schieden von den 283 m. und w. ursprünglichen Fällen aus der weiteren Betrachtung aus: 24 männl. Alkohol-epileptiker, 24 männl. symptomatische Epileptiker, 2 männl. Fälle von Hystero-epilepsie und 5 weibl. symptomatische Epileptiker, im ganzen also 55 Probanden. Über die Erfahrungen an diesen unechten Epilepsiefällen soll in einer späteren Arbeit berichtet werden.

Die 283 ursprünglichen Fälle haben insgesamt 465 Kinder; die 55 unechten Epileptiker sind einbegriffen mit 143 direkten Nachkommen. Diese scheiden für den weiteren Verlauf ebenfalls aus.

Die 228 idiopathische — Epilepsie — Probanden (128 m. und 100 w.) haben insgesamt 322 Kinder. Zweckmäßiger Übersicht halber teilen wir folgendermaßen ein:

I. Von 128 männl. genuinen Epileptikern sind

35 verheiratet; Kinderzahl: 116; Erblichkeitsverhältnisse bekannt.

10 verheiratet; Kinderzahl: 51; Erblichkeitsverhältnisse nicht hinreichend bekannt.

Im ganzen: 45 verheiratet; Kinderzahl: 167.

67 nicht-verheiratet, ohne Nachkommenschaft.

16 blieben in ihrem späteren Lebensschicksal unbekannt.

---

128 männl. genuine Epileptiker.

II. Von 100 weibl. genuinen Epileptikern sind

17 verheiratet; Kinderzahl: 56; Erblichkeitsverhältnisse bekannt.

6 nicht-verh.; Kinderzahl: 7; Erblichkeitsverhältnisse bekannt.

13 verheiratet; Kinderzahl: 79; Erblichkeitsverhältnisse nicht hinreichend bekannt.

6 nicht-verh.; Kinderzahl: 13; Erblichkeitsverhältnisse nicht hinreichend bekannt.

Im ganzen: 42 verh. und nicht-verh.; Kinderzahl: 155.

52 nicht-verheiratet, ohne Nachkommenschaft.

6 blieben in ihrem späteren Lebensschicksal unbekannt.

---

100 weibl. genuine Epileptiker.

Zunächst bestimmten wir das Gefährdungsalter für Epilepsie. Es war dies notwendig, weil die bisherigen Bestimmungen vielfach voneinander abwichen. So fand Ostmann, daß von seinen genuinen Epileptikern 67% im Alter von 0—20 Jahren erkrankten, während Ehrhardt an 321 Epileptikern der Anstalt Carlshof für das 1. Lebensjahrzehnt allein eine Erkrankungshäufigkeit von 62% feststellte und Ganter berichtet, daß „in der Mehrzahl der Fälle" die Epilepsie in den ersten 14 Lebensjahren zum Ausbruch kommt. Übereinstimmend waren die Erfahrungen bisher meist nur darin, daß der Prozentsatz der Erkrankungswahrscheinlichkeit für das 1. Lebensjahr, den Schulbeginn und die Pubertätszeit besonders hoch war.

In Tab. 1 haben wir in absoluten und Verhältniszahlen an insgesamt 197 unserer Epilepsieprobanden, bei denen uns der Zeitpunkt der Erbanlage-manifestation aus Umfragen und Krankenblättern bekannt wurde, für markante Lebenszeiträume die Erkrankungshäufigkeit zusammengestellt. Wir betrachten mit Absicht, auch in späteren Tafeln, unsere Probanden nicht nur gesondert nach dem Geschlecht, sondern berücksichtigen auch, ob der Kranke verheiratet war oder nicht. Denn gerade bei der Epilepsie liegt die Vermutung nahe, daß viele Träger dieser Anlage bei deren frühzeitiger Manifestation überhaupt nicht in die Lage kommen werden, eine Ehe einzugehen, damit auch so gut wie sicher verhindert bleiben, einer Nachkommenschaft ihr erbkrankes Anlagegut weiterzureichen, und ferner, daß in Fällen, wo doch noch eine Eheschließung zustandekommt, die hervorgehende Descendenz auf natürliche Weise reduziert bleibt, weil eine relative Frühsterblichkeit des epilepsiekranken Elternteiles besteht. Diese Selbstausmerze der Natur, der bereits H. Meyer einmal nachspürte und dabei fand, daß von den endogenen Geisteskrankheiten (Epilepsie einbegriffen) „im Durchschnitt nur 60% in das fortpflanzungsfähige

Alter von 20—50 Jahren“ kommen, müßte sich uns erneut bestätigen. Vergleichen wir daraufhin (Tab. I) die absoluten und Verhältniszahlen in den einzelnen Lebensabschnitten bei verh. und nichtverh. Epileptikern miteinander, so ergibt sich — unter Berücksichtigung der relativ kleinen Probendenzahl von 197 — tatsächlich, daß die Nichtverheirateten zum weitaus überwiegenden Teil v o r dem eheschließungsfähigen Alter ihre Anfälle bekommen; wohingegen bei verheirateten Epilepsieträgern das Gefährdungsalter sich weniger deutlich in den Zeitraum vom 1. bis 25. Lebensjahr einspannen zu lassen scheint. Außerdem sind das 1. Lebensjahrzehnt und die Pubertätszeit für die nichtverh. Probanden, was die Epilepsiemanifestation anbetrifft, deutliche Kulminationspunkte, die bei unseren verheirateten Kranken erheblich weniger stark ausgeprägt sind. Praktisch besagt dies, daß, je früher ein Individuum epilepsiemanifest wird, es für eine Eheschließung und Fortpflanzung um so weniger in Frage kommt, als es zum mindesten vom Partner bereits für hochgradig krankhaft verändert und deshalb eheuntüchtig angesehen werden dürfte. — Auf das Problem der Selbstausmerze bei Epileptikern kommen wir in späterem Zusammenhang nochmals zurück.

Wie unschwer zu ersehen ist, läuft das Gefährdungsalter (an m. und w., verh. und nichtverh. Probanden insgesamt errechnet) vom 1. bis zum vollendeten 25. Lebensjahr. Wir haben diesen Zeitraum bei unseren Descendenzuntersuchungen entsprechend eingesetzt.

Für diese erbstatistischen Nachkommenschaftsuntersuchungen scheiden unsere Probanden aber zu einem großen Teile aus.

Von den 128 männl. Probanden sind

1.) 67 nicht-verheiratet und haben keine Kinder; also kamen rund 50% unserer männl. genuinen Epileptiker gar nicht in die Lage, sich fortzupflanzen.

2.) blieben 16 männliche Kranke „in ihrem späteren Lebensschicksal unbekannt“; und über die Erblichkeitsverhältnisse bei dem Nachwuchs von 10 verh. männlichen Epileptikern (mit 51 Kindern) sind wir ganz oder teilweise im unklaren.

Zur Prüfung der Frage nach Erblichkeit der Epilepsie kommen daher noch 35 verh. m. Epileptiker mit 116 Kindern in Betracht.

Von den 100 weibl. Probanden scheiden aus

1.) 52 Nicht-verheiratete, die auch ohne außereheliche Nachkommenschaft blieben; demnach sind auch von unseren weiblichen Epileptikern schon 50% von der Fortpflanzung ausgeschlossen.

2.) blieben 6 „in ihrem späteren Lebensschicksal unbekannt“; und über die Erblichkeitsverhältnisse bei dem Nachwuchs von 13 verh. weibl. Epileptikern (mit 79 Kindern) und 6 nichtverh. (mit 13 Kindern) sind wir ebenfalls ganz oder teilweise im unklaren.

Für unsere erbbiologischen Descendenzuntersuchungen bleiben daher nur 17 verh. w. Epileptiker mit 56 Kindern und 6 nichtverh. w. Epileptiker mit 7 Kinder, im Ganzen also 23 weibliche Probanden mit 63 direkten Nachkommen übrig.

Diese, erbstatistisch verwertbare Descendenz beträgt nun insgesamt 179 Kinder. Eine sicherlich nicht ideal große Anzahl, die erneut beweist, daß die Ausgangssammlung von Fällen nie umfassend genug sein kann. Wir mußten uns auf die ersten 15 Aufnahmejahre der hiesigen Klinik (1894 eröffnet) aus dem Grunde beschränken, um einen möglichst großen Teil der zu untersuchenden Descendenz bereits jenseits des Gefährdungsalters, also über dem vollendeten 25. Lebensjahre zu wissen.

Von den Ehen unserer 35 verh. m. Epileptiker sind 4 kinderlos; bei einer Gesamtziffer von 116 direkten Nachkommen beträgt die Durchschnittskinderzahl pro Familie 3,3 1 4. Die Anzahl der Ehen ist natürlich auch nicht hinreichend groß genug, sodaß definitive Schlüsse erlaubt seien. Jedenfalls bieten unsere Fälle keine Handhabe für die gelegentlich vertretene Annahme, daß die natürlichen Ausmerzefaktoren (Eheuntüchtigkeit und frühe Sterblichkeit) durch erhöhte Fruchtbarkeit ehefähiger, in unseren psychischen Krankheitskreis verketteter Personen in ihrer Wirkung aufgehoben würden.

Ähnlich liegen die Verhältnisse bei den Ehen unserer 17 verh. w. Epileptiker; hier sind 2 Familien kinderlos. Bei einer Gesamtziffer von 56 direkten Nachkommen beträgt die Kinderzahl im Durchschnitt pro Familie 3,2 9 4.

Der Altersaufbau zur präzisen Bestimmung der prozentualen Erkrankungshäufigkeit in den Kinderschaften unserer genuinen Epileptiker wurde nach den wiederholten Angaben von B. Schulz, wie folgt, berücksichtigt:

I. Von den 116 Kindern unserer 35 verh. *m.* Epileptiker	
sind bis zum 25. Lebensjahr gestorben	30
haben ihr 25. Lebensjahr noch nicht erreicht . . .	24
sind 25 Jahre und darüber alt	62
	116
II. Von den 63 Kindern unserer 23 verh. und nichtverh. *w.* Epileptiker	
sind bis zum 25. Lebensjahr gestorben	27
haben ihr 25. Lebensjahr noch nicht erreicht . . .	—
sind 25 Jahre und darüber alt	36
	63

Die Erblichkeit bei den 179 Probandenkindern verteilt sich folgendermaßen:

1. An Epilepsie leiden wieder bzw. litten zu ihren Lebzeiten 8 Kinder (siehe Anhang, Proband: 8 mit 4 Kindern; F 8 mit 2 Kindern; F 13; F 18),
2. Psychopathisch sind 6 Kinder (siehe Anhang, Proband: 15; 29 „1 Sohn leidet an epileptischen Verstimmungszuständen"; 33),
3. Debil und schwachsinnig psychopathisch sind 13 direkte Nachkommen (siehe Anhang, Proband: 5 mit 4 Kindern; 15 mit 4; 19; 28; 29; F 17; F 22).

Weiterhin:

1 Probandenkind leidet an Postencephalitischem Parkinsonismus (F 12),

1 Probandenkind beging Suicid (Psychopathie fraglich, 22),

1 Probandenkind starb mit 11 Monaten an Krämpfen, deren Genese unklar blieb (10),

3 Probandenkinder waren gleichzeitig Epileptiker und manisch-depressiv (8).

Die korrigierte Prozentziffer mit Halbrechnen der Gefährdungszeit (nach B. Schulz) bei unseren direkten Nachkommen eines epilepsiekranken Elternteiles beträgt:

1. für das Wiederauftreten von Epilepsie unter den Kindern der Probanden . . . 5,7 8 3 % $\pm 3 \times 1{,}7474$ . . .,
2. für das Auftreten von Psychopathie-Formen . . . 4,3 3 2 % $\pm 3 \times 1{,}5162$ . . .,
3. für Debilität und debile Psychopathie . . . 9,3 9 3 % $\pm 3 \times 2{,}1813$ . . .

Wenn wir nun die direkten Nachkommen einzeln betrachten, die wieder an Epilepsie erkrankten, dann ist bemerkenswert, daß von den 8 phänotypisch epilepsiekranken Probandenkindern nur 4 sogenannte „Erwachsenen"-Epilepsien sind. Zudem stammen diese aus einer einzigen, von beiden elterlichen Ahnenreihen her schwer belasteten Familie (8). Die übrigen 4 Kinder bekamen kurz nach ihrer Geburt schwere epileptische Krämpfe (mehrfach ärztlich bezeugt) und starben.

Im Zusammenhang mit der Frage nach „Echtheit" dieser frühkindlichen, gleichsam rudimentären Form der Epilepsie, die wegen des häufigen Todes ihres Trägers sich nicht bis zur klassischen Form der Erwachsenenepilepsie ausbilden kann, taucht stets, wie aus den Arbeiten von Gerum, Moro u. a. bekannt, das Problem der Differentialdiagnose auf.

Gerum nahm in seiner Arbeit hierzu eingehend Stellung und meinte mit Ibrahim: „. . . von den nicht organisch bedingten, sog. idiopathischen Krämpfen des frühen Kindesalters gehören die meisten der Spasmophilie an. Diese hat wohl sicherlich nichts zu tun mit der genuinen Epilepsie, da sie eigenen Erbgesetzen zu folgen scheint (Ibrahim, Vogt u. a.).', Ibrahim glaubt aber doch, daß 7—20% der kindlichen Eklampsien nichts anderes seien als genuine Epilepsien (nach Gerum). Für denjenigen, der hinreichend exakte Erblichkeitsergebnisse erhalten will, sind derartige Anhaltspunkte nicht sicher verwertbar. Deshalb stellte Gerum sich auf den Standpunkt: „. . . daß der Erbbiologe, auf Grund unserer immer noch recht geringen Kenntnisse über die Kinderkrämpfe . . ., nicht berechtigt sei, Fälle von Kinderkrämpfen irgendwelcher Art mindestens bis zum 4. oder 5. Lebensjahre als epileptisch mitzuzählen." Gerum schloß damit sämtliche Formen von Krämpfen in den ersten Lebensjahren von seiner Untersuchung aus. Ganz sicher befinden sich aber unter den Kleinkindern einer hinreichend großen Anzahl von Epileptikerprobanden solche Nachkommen, bei deren Krämpfen (Eklampsien, Gichtern, Fraisen, Konvulsionen, Zuckungen) es sich bereits um die Früherscheinungen einer genuinen Epilepsie handelt. Wir erinnern nur an die immerhin nicht so seltenen Fälle, bei denen Krämpfe im frühesten Kleinkindesalter begannen, dauernd in gleicher Form und Stärke wiederkehrten, bis sie in späterem Alter als typisch epileptisch diagnostiziert und behandelt wurden. Auch Rüdin (1924) meint: „. . . daß offenbar unter den in früherer Jugend an „Krämpfen" gestorbenen Kindern auch noch Epileptiker sich befinden." Die erhebliche Schwierigkeit, die Gerum bei der Frage nach der Ätiologie der Kinderkrämpfe noch vorfand, ist inzwischen gemildert worden durch die Ansicht Birks, der lehrt: „Das Lebensalter, in dem die spasmophilen Erscheinungen aufzutreten pflegen, ist die Zeit vom 3. Lebensmonat bis zum Ende des 2. Lebensjahres. Wenn Kinder unter 8 Wochen an Krämpfen erkranken, kann man Spasmophilie meist ohne weiteres ausschließen." Moro bestätigt noch in jüngster Zeit ausdrücklich die eindeutige Birk'sche Fassung des Gefährdungsalters für die spasmophilen Krämpfe.

Hiernach haben auch wir Epileptikerkinder (mit „Gichtern" etc.), die im von Birk und Moro umrissenen Spasmophiliealter unter epileptiformen Erscheinungen erkrankten oder starben, von unserer Erblichkeitsberechnung ausgeschlossen.

Berücksichtigen wir bei unseren 8, wiederum epilepsiekranken Kindern, daß allein 4 von diesen aus einem einzigen, besonders schlecht qualifizierten Erbgut stammen, dann ist der an unserer Fallsammlung errechnete Prozentsatz der Erkrankungswahrscheinlichkeit für Epilepsie niedrig und bewegt sich in der Nähe der Ergebnisse,

wie sie von Boening, H. und Konstantinu, Th., Collins, Küenzi, Pilcz, Sachs/Bratz u. a. früher veröffentlicht worden sind. Welche Art von recessivem Erbmodus nun für die genuine Epilepsie typisch ist, vermag auch unsere Verhältnisziffer nicht zu klären. An Hand unserer Fälle und deren Vererbungsresultaten wäre am ehesten für eine polymer recessive Erbweise zu plädieren; doch können wir nicht entscheiden, weil überragend große Kontrolluntersuchungen („an Riesenmaterial", um diesen entwertenden Ausdruck, den wir vermieden, in diesem Zusammenhang zu erwähnen) heute noch fehlen, und somit eine eindeutige Erklärung in dieser Richtung verfrüht wäre.

Die weiten Differenzen bei den Ergebnissen der Hereditätsarbeiten auf dem Gebiet der genuinen Epilepsie lassen, auch ohne nähere Kenntnis der Verhältnisse in den jeweils untersuchten Familien, vermuten, daß es entscheidend vom überlieferten und (z. B. durch Heirat) hinzugekommen, biologisch und sozial wertvollen oder auch nur „anderswertigen" Erbgut abhängt, ob eine krankhafte Anlage, die nach errechneten Prozentsätzen oder Mendelzahlen bei der direkten Nachkommenschaft phänotypisch wieder erwartet wird, ob diese Anlage tatsächlich manifest wird oder nur genotypisch bestehen bleibt und phänotypisch überlagert ist. Zusammenhänge in dieser Richtung sind noch kaum geprüft worden und daher unklar. Wäre es richtig und könnten wir nachweisen, daß gute und starke, dominant-mendelnde Anlagen auf die Dauer, d. h. im Laufe von mehreren Generationen irgendwie recessiv-mendelnde minderwertige Anlagen unterdrücken könnten, dann wäre es auch möglich, in vielen geeigneten Fällen durch konsequentes Weiterhinzuführen biologisch wertvollen Erbgutes eine sozial eingliederungsfähigere, lebenstüchtigere und lebensbrauchbarere Art heranreifen zu lassen. Gedankengänge, die Rüdin, Allers, Weinberg u. a. bereits vor dem Kriege andeuteten, die aber bis heute mehr oder weniger rein spekulativer Natur geblieben und damit uns weiterhin ein Problem sind. Daß es reale Zusammenhänge in dieser Richtung gibt, ist sicher nicht zu widerlegen, doch müssen wir sie, und wie uns scheint, beschleunigt aufdecken. Sollte uns aber die unzulängliche Art- und Rassehygiene vergangener Geschlechter keine Handhabe zu fortschrittlicher Erkenntnis bieten, dann müssen wir auch Mut und Verantwortung aufbringen, dem Leben in entsprechender Gattenwahl die Möglichkeit zum Selbstexperiment zu geben. Durch diesen — nennen wir es so — Vorschlag soll ja nicht minderwertiges Artgut weitergezüchtet werden (nach den Voraussetzungen ist das auf die Dauer ja unmöglich), sondern sollen wertvolle Anlagen erhalten bleiben, indem man sie nicht mitausschaltet, und soll ferner eindringlich darauf hingewiesen werden, daß unsere sinkende Bevölkerungs-

zahl jede Art gerettet sehen will, die wir mit unserem Wissen und Können sozial eingliederungsfähig erhalten und machen können. Mannigfache Zweifelsfälle (wir erinnern wiederum nur an den cirkulären Formenkreis) dürften bereits heute einer Berücksichtigung im Sinne unseres Vorschlags würdig sein.

Bei den Psychopathen aus den Kinderschaften unserer genuinen Epileptiker (6 Nachkommen) handelt es sich um psychopathische Persönlichkeiten allgemeiner Prägung (nur 1 Kind weist einen „epileptoiden" Einschlag auf), also um „solche Persönlichkeiten, die an ihrer Abnormität leiden oder unter deren Abnormität die Gesellschaft leidet." Gruhle zitierte jüngst diese eingeschränkte Psychopathie-definition von Kurt Schneider, der aus praktisch-psychiatrischen Gründen die allgemeine Erklärung: „Psychopathie ist jede eingeborene erbliche Abweichung vom Häufigkeitstypus" für wenig brauchbar hält.

Wie steht es aber nun mit dem erblichen Zusammenhang zwischen endogenen psychischen Leiden und deren ungleichartigem Vererbungsresultat „Psychopathie"? Auffallend ist jedenfalls, daß unter den „eugenisch bedenklichen Typen" aus den Nachkommenschaften von Trägern einer erbepileptischen Anlage sich nicht selten Psychopathen finden, und zwar vielfach ohne einen, für den epileptischen Formenkreis spezifischen Einschlag. Daß Gleiches in noch stärkerem Umfange von Personen gilt, die dem man.-depr. oder dem schizophrenen Kreis angehören, ist bekannt. Es besteht sicher kein Zweifel, daß all diese psychopathischen Persönlichkeiten in ihrem Erbgut geschädigt sind. Nur ist das „Wie" noch nicht recht geklärt.

Über das Wesen der psychopathischen Individuen sind erschöpfende Analysen mitgeteilt worden (Kurt Schneider). Wir müssen festhalten, daß zwischen einem normalen Menschen (Durchschnitts- oder Häufigkeitstypus) oder einem psychotischen Individuum einerseits und einem Psychopathen anderseits grundlegende Unterschiede bestehen.

Der normale Mensch ist unauffällig. Der psychisch Kranke steht als Asozialer (= nicht in die Gesellschaft Eingliederungsfähiger) am negativen Ende des sozialen Rahmens, an das er innerursächlich (endogen), schicksalsmäßig, unverschuldet und passiv gelangt und dort als unbewußt der Gemeinschaft schädliches Glied in Erscheinung tritt.

Der Psychopath hingegen arbeitet sich mit oft erstaunlicher Energie und Willenskraft an und unter den Minuspol der Gemeinschaftswerteordnung hinaus und wirkt hier als antisozialer Faktor. Aktiv, jeglichen Belangen der Allgemeinheit entgegen strebt er zum negativen Ende und wird somit verschuldet und bewußt zum Schädling der Menschheit. Dieselbe psychopathische Persönlich-

keit kann aber unter gleich starkem Willensaufwand zu über durchschnittlichen, hoch anzuschlagenden Sozialleistungen gelangen.

Wenn wir daher mit Recht das Handeln des Psychopathen besonders streng beurteilen müssen, dann dürfen wir doch nie vergessen, daß auch ihn das Schicksal irgendwie gezeichnet hat.

Denn die Ursache für dieses Wesen eines Psychopathen, dessen menschliche Lebens- und Ausdrucksformen in Unstetheit, Haltlosigkeit, Widersprüchen und willensmäßig betonten Schwankungen nach unten und oben (in jedem Falle besteht Tendenz in beide Richtungen) untergehen oder — richtiger — überhaupt nur aus diesen Negativismen bestehen, die Ursache hierfür kann u. E. nur in einer besonderen Art von „Erblichkeit" beruhen. Mendelzahlen, die für einen bestimmten Erbmodus sprächen, werden sich aber für die Psychopathie nicht finden lassen; denn es müßte sich bei ihr sonst um eine Erbeinheit handeln, doch das ist keineswegs der Fall. Die Psychopathie erscheint vielmehr als typischer Ausdruck eines dauernden Kampfes zwischen mannigfaltigen Anlagen, deren jede für sich eine Erbeinheit darstellen mag; es ist der zum Ausgleich drängende Streit zwischen erbunterwertigen, erbgutmäßig durchschnittlichen und hochwertigen Anlagen, von denen keine stark genug ist, die eine oder mehreren anderen völlig zu überdecken. Dabei ist es natürlich möglich, daß von den vielerlei Anlagen, die im Psychopathen genau wie in jedem geistig Gesunden vorhanden sind, daß von diesen Erbeinheiten die eine oder andere oder selbst mehrere erbunterwertige ein mehr oder minder großes Übergewicht im Persönlichkeitsbild erhalten und so den betreffenden Träger in die Nähe eines bestimmten Phänotypus drängen, der, wird obendrein die Stammtafel des Kranken überprüft, in manchen Fällen im Erscheinungsbild auch erwartet werden durfte. Wir erhalten auf diese Weise die schizophrenie-, die cirkulär- und epileptoidgefärbten Psychopathen. Insofern können wir dann auch von Beziehungen der Psychopathie zu den großen Psychosen sprechen. Gruhle sagt, „daß man sich in der unbefriedigenden Lage befindet, über diese Beziehungen nichts Genaueres aussagen zu können." Er betont ferner, daß man nichts wisse „von gemeinsamen Erbregeln mit der Epilepsie" und fährt dann fort: „Man weiß vielmehr heute sicher, daß die Epileptoiden nicht versteckte oder künftige Epileptiker sind." Und jüngst sagt er: „Ein irgendwie einheitlicher Charakter (im eigentlichen Sinne), der den Namen epileptisch verdiente, findet sich nicht." Also können wir der Ansicht, daß es sich bei den Psychopathen im Zusammenhang mit großen Psychosen um deren bestimmte, psychopathisch gefärbte Spielarten handelt, entgegnen: Bei den epileptoiden Psychopathien z. B. handelt es sich nicht um Rudimentärformen von genuiner Epilepsie und es handelt sich auch

nicht um eine besondere Art psychischer Äquivalente, die symptomatisch und ihrem ganzen Verlauf nach einer „reinen Psychopathie" ähnlich sind, zu dieser aber nach altem Brauch nicht gerechnet werden, weil eindeutig epileptische Phänotypen in der Stammtafel eines Epilepsieträgers daran hindern oder weil die Ahnenreihen gar bereits „epileptoide Psychopathen" aufweisen.

Es kann sich u. E. bei den Psychopathien im Zusammenhang mit den drei Erbkreisen Schizophrenie, cirkuläres Irresein und Epilepsie aber auch nicht um Erbvariationen oder -mutationen handeln: dafür haben die sogenannten Erbkreispsychopathien untereinander zuviel grundlegende Züge gemeinsam, die uns vielleicht nicht zu Unrecht veranlassen könnten, die 3 Arten von Psychose-Psychopathien aus ihren Erbkreisen herauszunehmen und mit den „reinen Psychopathien", also denen „allgemeiner Prägung" zu einer Sammelgruppe „Psychopathischer Formenkreis" zu vereinen. Ein Erbkreis im strengen Sinne einer Erbeinheit wäre unser psychopathischer Formenkreis natürlich nicht.

Die Psychopathien mit gleichzeitiger, ausgeprägter hochgradiger Debilität tendieren doch wohl zu stark zum Kreis des angeborenen Schwachsinns, als daß sie in die Gruppe Psychopathie übernommen werden könnten; auch dürfte bei diesen Erscheinungsbildern die psychopathische Komponente eher Ausfluß des hochgradigen Schwachsinns sein. Bei leichten Formen müßte dagegen unbedingt von Fall zu Fall entschieden werden; denn hier eine Grenze zu finden, ob die Psychopathie primär den Phänotypus beherrscht und der leichte Schwachsinn sekundärer Natur ist oder nicht, wird oft schwer fallen. „Kritiklosigkeit" allein spricht nicht für Debilität; wir würden in dem eben gezeichneten Mischbild Kritiklosigkeit mehr für eine spezifische Form echt psychopathischer Negativismen halten.

Man wird uns die Frage vorlegen: Könnten nicht Psychopathen hochgezüchtet werden, wenn man zum Zwecke der Erhaltung wertvollen Anlagegutes den Trägern recessiver Erbkrankheiten psychisch und sozial absolut wertvolle Menschen zu Partnern gibt? Wir sagen: Die Möglichkeit besteht, am ehesten natürlich bei nur recessivmendelnden guten Anlagen; aber die Wahrscheinlichkeit ist doch verhältnismäßig gering. Und würde das Selbstexperiment der Natur ab und zu einen unerwünschten, erbgutmäßig betrachtet unausgeglichenen Phänotypus zeitigen, so bliebe dann noch Spielraum genug, zu prüfen, ob das Verhalten dieses Psychopathen so asozial ist und so störend wirkt, daß die Allgemeinheit vor weiteren derartig negativen Individuen des gleichen Stammes durch die entsprechenden Maßnahmen verschont bleibt.

Unser Zwischenabschnitt über Psychopathie in dieser Arbeit soll lediglich darauf aufmerksam machen, daß es im Interesse der

Mitwelt ratsam erscheinen dürfte, psychopathische Persönlichkeiten destruktiver Form ebenfalls von der Fortpflanzung auszuschließen. Wie überhaupt, muß aber erst recht bei solchen Fällen strengste und umfassendste Individualprüfung gefordert werden, da bekanntermaßen gerade Psychopathen oft Träger wirklich erhaltungswürdigen Erbgutes sind.

Nachdem wir mit Hilfe des errechneten Gefährdungsalters die korrigierten Prozentziffern für die Erkrankungshäufigkeit unserer Probandenkinder an Epilepsie, Psychopathie und Schwachsinnsformen bestimmt haben, interessiert uns jetzt zur Abrundung des Erblichkeitsbildes die Belastung in den Ahnenreihen unserer Probanden, also der Eltern unserer soeben untersuchten Kinder. Wir haben zu diesem Zwecke nach dem Vorbilde Rüdins (aus seiner Arbeit über „Dementia praecox") Generaltabellen aufgestellt, die folgendermaßen eingeteilt waren:

Fall	Belastung des Probanden:														Ehepartn.	
	Vaters Seite							Mutters Seite							Geschw.	erb-
	V	Gv	Gm	O	T	V	B	Sonst	M	Gv	Gm	O	T	V	B	Sonst	Br	Schw	gesd.	krk.

V: Vater — Gv: Großvater
M: Mutter — Gm: Großmutter
Br: Bruder — O, T: Onkel, Tanten
Schw: Schwester — Ve, B: Vettern, Basen

Sonst: Sonstige Ascendenz.

Aus räumlichen Gründen ist es nicht möglich, die Belastungstabellen in extenso einzufügen. Darum mag das zusammengefaßte Ergebnis genügen. Wir rubrizieren:

1.) Probanden, die frei sind von jeglicher Belastung in den Ahnenreihen,

2.) Probanden mit gleichartiger Belastung (manifeste genuine Epilepsie),

3.) Probanden mit epileptiformer Belastung (gehäuftes Auftreten in der Jugend von Gichtern und Krämpfen, die ätiologisch unklar sind, Migräne, epileptoides Wesen),

4.) Probanden mit ungleichartiger Belastung (andersartige Psychosen, organische Erkrankungen, Apoplexien, Neurasthenie und Hysterie; ferner Potus, Fürsorgeerziehung, Verbrechen etc.),

5.) Probanden, deren Belastung unbekannt blieb.

I. a) Von unseren 45 verheirateten männl. Epileptikern sind in ihrer Ascendenz

16 frei,
9 gleichartig belastet,
7 epileptiform,
11 ungleichartig,
2 unbekannt.

45

b) Von den 42 verheirateten und nichtverheirateten weibl. Epileptikern mit Nachkommenschaft sind

17 frei,
5 gleichartig belastet,
2 epileptiform,
14 ungleichartig,
4 unbekannt.

42

II. a) Von unseren 67 nichtverheirateten männl. Epileptikern sind in ihrer Ascendenz

17 frei,
15 gleichartig belastet,
9 epileptiform,
23 ungleichartig,
3 unbekannt.

67

b) Von den 52 nichtverheirateten weibl. Epileptikern sind

10 frei,
4 gleichartig belastet,
10 epileptiform,
26 ungleichartig,
2 unbekannt.

52

Wenn auch die Anzahl unserer Probanden klein ist, sodaß auch aus der Belastungsübersicht allgemeingültige Regeln nicht aufgestellt werden dürfen, ist es immerhin klar, daß unsere verheirateten Epilepsieträger zu einem höheren Bruchteil frei von jeglicher Belastung sind als die nichtverheirateten Probanden, also diejenigen, die nicht zur Eheschließung kamen. Und zwar ist ein Drittel der verheirateten Probanden erblich frei, von den nichtverheirateten Epileptikern nur ein Viertel bis ein Fünftel. Mit anderen

Worten: Die Erbprognose ist in Fällen, bei denen die umfassende Erforschung der Ascendenz etwa im angegebenen weiten Rahmen keine Belastung ergibt, als günstig anzusehen. Dafür sprechen nicht allein die bereits von Kraepelin und in jüngster Zeit von anderen Autoren vorgenommenen Untersuchungen der Erblichkeitsverhältnisse an Teilen der Durchschnittsbevölkerung, die ja nicht unerheblich belastet ist, sondern vor allem äußert sich hierzu Karl Bonhoeffer, indem er jüngst die „grundsätzliche Frage" stellt: Ist eine Epilepsie auch ohne hereditäre Anhaltspunkte lediglich aus dem klinischen Erscheinungs- und Verlaufsbild mit Sicherheit als erblich zu diagnostizieren?" . . . und der aus seiner Erfahrung heraus klar entscheidet: „Das ist bei der Epilepsie nicht der Fall."

Was uns im II. Abschnitt beschäftigt, sind in erster Linie soziale und sozialbiologische Fragenkomplexe. Wir haben in Tab. IIa und b an den Kindern unserer Probanden die Ansicht Férés, die Stüber zitierte („. . . daß Frauen, die epileptische Kinder gebären, oft auch tote zur Welt brächten . . .") zu prüfen versucht; es sollte also festgestellt werden, ob von der Natur durch eine besonders hohe Zahl von Totgeburten und eine abnorm große Säuglingssterblichkeit die Nachkommenschaft von Trägern der Erbkrankheitsanlage Epilepsie tatsächlich automatisch reduziert wird.

Nach Tab. IIa kommen von den Kindern der männl. Epilepsieprobanden:

auf 100 Geborene überhaupt 3,6 Totgeborene,
auf 100 Lebendgeborene 15,5 im 1. Lebensjahr Gestorbene.

Nach Tab. IIb kommen von den Kindern der weibl. Epilepsieprobanden:

auf 100 Geborene überhaupt 7,1 Totgeborene,
auf 100 Lebendgeborene 29,9 im 1. Lebensjahr Gestorbene.

Der Durchschnitt, an den Probandenkindern aus beiden Tabellen berechnet, beträgt:

auf 100 Geborene überhaupt 5,3 Totgeborene,
auf 100 Lebendgeborene 22,6 im 1. Lebensjahr Gestorbene.

Zum Vergleich seien dem Statistischen Jahrbuch des Deutschen Reiches 1934 Ziffern der Durchschnittsbevölkerung entnommen:

Auf 100 Geborene überhaupt kamen 4,0 (1871),
3,0 (1905),
2,8 (1933) Totgeborene.

Auf 100 Lebendgeborene kamen 20,5 (1905),
7,6 (1933) im 1. Lebensjahr Gestorbene.

Da sich die Geburtsjahre unserer Epileptikerkinder über einen Zeitraum von 1875 bis 1935 verteilen und etwa zur Mitte dieses Zeitabschnitts hin die meisten Probandenkinder geboren wurden, vergleichen wir am genauesten unsere eigenen Verhältniszahlen mit den statistischen Bevölkerungswerten aus dem Jahre 1905:

Totgeburten: Bevölkerung: 3,0; Epileptikerkinder: 5,3; hierzu Mittlerer-Fehlerwert: $\pm 3 \times 1{,}249$ %.

Säuglingssterblichkeit: Bevölkerung: 20,5; Epileptikerkinder: 22,6; hierzu Mittlerer-Fehlerwert: $\pm 3 \times 2{,}329$ %.

Die Totgeburtenziffer unter den Epileptikerkindern könnte vielleicht etwas erhöht sein. Aber bei Berücksichtigung unserer Nachkommenzahl von 322 im Mittleren-Fehlerwert bestätigt sich die erwähnte Ansicht von erhöhter Totgeburten- und Säuglingssterblichkeit in den Familien unserer Epileptiker nicht.

Auffallend aber ist — die Möglichkeit des Zufälligen besteht natürlich auch hier —, daß unter den Kindern unserer weiblichen Epileptiker eine doppelt so hohe Totgeburtenziffer und Säuglingssterblichkeit vorzuliegen scheint wie bei den direkten Nachkommen der männlichen Kranken. Die Tatsache, daß sich unter unseren 42 weiblichen Patienten mit Descendenz 12 ledige Mütter mit allerdings insgesamt nur 20 Kindern befinden, dürfte den Befund mildern, weil Totgeburten und Säuglingssterblichkeit, auch heute noch, bei unehelicher Nachkommenschaft im Bevölkerungsdurchschnitt höher sind als bei ehelichen Geburten. Bei unseren 12 unverheirateten Müttern mit ihren 20 Kindern spielt dieser Umstand keine Rolle, er sei jedoch der Vollständigkeit und Wichtigkeit halber erwähnt. Eine Nachprüfung unseres Befundes dürfte um einer immer mehr verfeinerten Erbprognose willen erwünscht sein.

Daß die Stellung innerhalb seiner Geschwisterreihe für den Träger einer krankhaften Erbanlage von gewisser Bedeutung sei, wurde von anderer Seite einmal angenommen. Wir haben daraufhin unsere 67 männlichen und die 52 weiblichen Nichtverheirateten und kinderlosen Probanden als die phänotypischen Träger besonders durchschlagkräftiger Formen von Erbepilepsie untersucht und in Tab. IIIa zusammengestellt.

Tab. IIIb zeigt dann, daß für das 1. und letzte Kind einer Geburtenreihe aus epilepsiekranken Familien die Aussicht, wieder manifest erbepileptisch zu werden, mindestens doppelt so groß zu sein scheint wie für die übrigen Geschwister. Mit Konstatierung dieser Tatsache ist noch nicht viel gewonnen; um mehr aussagen zu können, ist zunächst einmal unsere Probandenanzahl wiederum nicht groß genug. Dann aber müßten wir auch Beobachtungen in glei-

cher Richtung an verheirateten Probanden machen, also an Individuen aus Familien mit nicht solch durchschlagkräftiger Epilepsieanlage, wie wir sie bei unseren nicht verheirateten Personen annehmen. Wir erhielten für unsere verheirateten Epilepsieträger keine lückenlosen Angaben, sodaß wir ein eigenes Ergebnis nicht bringen können. Doch scheint uns auch in dieser Frage noch einiges geklärt werden zu müssen.

Daß bei unseren verheirateten männl. und weibl. Kranken ihre Epilepsie für den Zeitpunkt der Eheschließung keinen Ausschlag gab, war zu vermuten; denn die Anlage war bei diesen Probanden im eheschließungsfähigen Alter noch nicht offenbar geworden oder sie bestand erst so kurze Zeit, daß körperliche und psychische, für den Partner deutliche Veränderungen gröberer Art noch fehlten. Daher weist die Zusammenstellung der Heiratsalter unserer verheirateten männl. und weibl. Patienten nichts von der Norm Abweichendes auf.

Heirat mit wieviel Jahren?

Männl. Prob.	Weibl. Prob.
24	18
24	20
24	21
25	21
25	21
25	21
25	22
25	22
26	22
10) 26	10) 22
26	23
26	23
26	23
26	23
26	25
27	25
27	26
27	26
27	26
20) 27	20) 26
27	26
27	27
28	30
28	30

Männl. Prob.		Weibl. Prob.	
	28		32
	28		32
	29		34
	29		36
	29		40
30)	29	30)	46
	30		
	30		
	30		
	30		
	31		
	31		
	32		
	34		
	35		
40)	36		
	37		
	38		
	39		
	51		
45)	52		

Weiterhin können wir den Beruf von 89 verheirateten und nichtverheirateten männlichen Epileptikern angeben und vergleichen mit dem ebenfalls uns bekannten Beruf ihrer Väter; von 128 m. Gesamtprobanden blieben also 39 als unvollständig bekannt außer Betracht. Diese berufliche Beziehung interessiert uns deshalb, weil ein Hauptkriterium für die Beurteilung der sozialen Wertigkeit eines Menschen seine Fähigkeit ist, mindestens den gleichen oder einen gleichwertigen Beruf wie sein Vater zu erreichen und im Lebenskampf zu erhalten. Mit jedem Beruf ist einmal eine soziale Stellung in der Gesellschaft verknüpft, die sinkt, wenn ein Individuum in gesunden Zeiten eines Volkes nur eine, der Tätigkeit des Vaters inäquivalente Stellung erringen kann. Auch der Bevölkerungsdurchschnitt wird in den gleichen Zeiten stets einen gewissen Prozentsatz von beruflich und sozial weniger bis völlig untüchtigen Personen aufweisen. Sollte sich zeigen, daß diese Durchschnittsziffer von den Trägern einer erblich unterwertigen Anlage (z. B. Epilepsie) in Richtung der sozialen Untüchtigkeit noch wesentlich überboten wird, dann läge ein einwandfreier Beweis dafür vor, daß die in einen Erbkreis verketteten Individuen im Daseinskampf, im sozialen Wettbewerb empfindlich geschädigt sind und daß damit in erweitertem

Sinne dem Volk durch diese Anlageträger ein Teil seiner Schlagkraft verloren geht. Bevölkerungsdurchschnittswerte zu diesem wichtigen und schwerwiegenden Fragenkomplex fehlen uns bislang noch, sodaß Vergleiche nicht möglich sind.

Daß unter den 55 nichtverheirateten m. Epileptikern sich 13 befinden, die nur eine, dem Beruf ihres Vaters inäquivalente Lebensstellung erringen konnten, spricht wieder dafür, daß die Individuen mit frühmanifester Epilepsie sich und ihre Art zu einem guten Teil selbst aus dem Kreislauf des Lebens ausschalten; denn wir alle wissen, daß ohne einen auskömmlichen Beruf auch in wirtschaftlich guten Zeiten an Eheschließung und damit Fortpflanzung nicht zu denken ist. Wieviel mehr gilt das noch für die Probanden, die „ohne Beruf" blieben. 7 von den 55 nichtverh. m. Epileptikern lassen allerdings in ihrer Berufswahl einen sozialen Aufstieg erkennen (die nach unserer Meinung „Sozial Aufgestiegenen" sind in der Zusammenstellung mit einem *, die „Sozial Abgestiegenen" mit einem — und die „Sozial Gleichgebliebenen" überhaupt nicht bezeichnet); doch wird durch dieses Plus das Defizit auf der anderen Seite nicht wettgemacht. Im übrigen dürfte in jener wirtschaftlich einigermaßen sorgenlosen und ausgeglichenen Zeit unseres Volkes, der unsere Probanden angehören, ein nicht geringer Teil der Durchschnittsbevölkerung mit Absicht, ja zwangsläufig und dem Zeitgeist folgend, einen gesellschaftlichen Aufstieg in Berufen dokumentieren, die gegenüber den Lebensstellungen der Väter sozial höhergestuft sein mußten. Es ist daher in jener Zeit ein sozialer Aufstieg, der sich in der Berufswahl des Sohnes einer Familie allein kundtut, sicher nicht immer als der reine und verdiente Erfolg der Auswertung guten und vielleicht überdurchschnittlichen Erbgutes im Verein mit wirtschaftlichen Aussichten und Möglichkeiten anzusehen.

Bei unseren 34 verheirateten m. Epileptikern finden wir nur 2 Söhne (Probanden) mit sozialem Abstieg, 7 aber mit gesellschaftlicher Verbesserung. Hier wird der soziale Durchschnitt, der vorhanden wäre, wenn alle Probanden den Berufen ihrer Väter äquivalente Stellungen erlangten, nicht nur gehalten, sondern noch gehoben; im Gegensatz zu unseren nichtverheirateten m. Epileptikern.

Nicht minder bedeutsam ist für uns, ob die verheirateten weibl. Probanden bei ihrer Eheschließung in ein dem Elternhause gleichwertiges Niveau kommen konnten. Angaben hierüber lassen sich, analog der Berufstafel für die männl. Epileptiker, für 21 von unseren 30 verh. w. Probanden anführen.

Ia) Verheiratete männliche Epileptiker.

Berufsgruppe:		Vater Beruf:	erb- gesund:	krank:	Sohn (Prob.)
Beamte		Schultheiß	+		Schuhmacher
		Lehrer	+		Bäcker
		Lehrer	—	epileptoid	Kaufmann
		Lehrer	+		Kunstmaler
		Kanzlist	+		Malermeister
		Straßenwärter	—	Potus	Gußputzer
	*	Städt. Baukontrolleur	+		Regierungsbauführer
	*	Landgerichtsdiener	+		Schuhmacher
Kaufleute und Fabrikanten		Kaufmann	+	dabei nervös	Gutsbesitzer
Handwerker und Gewerbetreibende.		Maurer	—	nervenkrank	Elektrotechniker
		Maurer	+		Zementbrenner
		Müller	+		Wagner
		Schneider	—	epileptoid	Schuhmacher
		Schreiner	+		Schreiner
		Schuhmacher	+		Bauer
		Schuhmachermeister	+		Bäcker
		Wirt	+		Bierbrauer
		Zimmermann	+		Gärtner
	*	Schneidermeister	—	schizophren	Schauspieler
	—	Wirt	+		Dienstknecht

Arbeiter und Dienstleute.		Taglöhner	+		Taglöhner
		Taglöhner	+		Taglöhner
		Weber	+		Korbmacher
	*	Heuwäger	?	?	Metzger
	*	Holzhauer	—	Potus	Schneider
	*	Taglöhner	+		Instrumentenmacher
	*	Taglöhner	—	Potus	Polizeioberwachtmeister
Landwirte.		Bauer	—	Epilepsie, Pot.	Bauer
		Bauer	—	Del. trem.	Bauer
		Bauer	—	V. u. M. sd. Geschw.	Bauer
		Landwirt	+		Schlosser
	—	Bauer	—	Epilepsie	Taglöhner
Sonstige Berufe. Akademiker.		—			—
Nicht-akademiker.		Buchhalter	+		Sattler
		Mesner	+		Bahnarbeiter

34 verheiratete männl. Epil. beruflich verglichen.

Ib) Nichtverheiratete männliche Epileptiker.

Berufsgruppe:		Vater Beruf:	erb- gesund:	krank:	Sohn (Prob.)
Beamte.		Straßenwart	+		Taglöhner
	—	Oberamtstierarzt	—	Potus	ohne Beruf
	—	Schultheiß	+		ohne Beruf
	—	Landgerichtssekretär	+		ohne Beruf
Kaufleute und Fabrikanten.		Fabrikant	+		Kaufmann
	*	Kaufmann	—		Holzbildhauer
		Weinhändler	—	epileptoid	Kaufmann
		Kaufmann	—	Altersdepr.	Justizrfdr.
	—	Fabrikant	+		ohne Beruf
Handwerker und Gewerbetreibende.		Bäcker	+		Bäcker
		Brennmeister	+		Zementbrenner
		Glaser	—	Potus, Paralyse, Arteriosklerose	Schreibgehilfe
		Karussellbesitzer	+		Kammacher
		Korbmacher	+		Zigarrenmacher
		Küfer	—	Potus	Friseur
		Küfer	—	Potus	Schmied
		Kupferschmied	—	Schizophrenie.	Maler
		Kürschner	?	?	Kürschner
		Maurer	+		Schuhmacher
		Maurer	—	Potus	Maurer

		Mechaniker	+		Steward
		Metzger	+		Bauer
		Metzger	+		Chir. Instrumentenmach.
		Sattler	—	epileptoid	Sattler und Tapezier
		Schlosser	+		Schlosser
		Schlosser	+		Schriftsetzer
		Schmiedemeister	—	Suicid	Wagner
		Schreiner	+		Schreiner
		Schuhmachermeister	+		Friseur
	*	Hafner	+		Notariatskandidat
	—	Bäcker	+		Taglöhner
	—	Bierbrauer	+		ohne Beruf
	—	Maurer	+		Fabrikarbeiter
	—	Schmied	+		ohne Beruf
	—	Schreiner	—	Potus, Alkoholpsychose	Taglöhner
	—	Schreiner	+		ohne Beruf
	—	Schuhmacher	—	Potus	Fabrikarbeiter
Arbeiter und Dienstleute.		Bergmann	+		Müller
		Taglöhner	+		Taglöhner
		Taglöhner	—	Potus	Schweizer
		Weber	+		Trikotweber
	*	Fuhrknecht	+		Bauer
	*	Taglöhner	—	Potus	Schreiner
	*	Taglöhner	—	Potus, g.-krank	Flaschner
	*	Taglöhner	—	Potus	Landwirt
	*	Weber	+		Schneider
	—	Wagner	+		Fuhrmann

Berufsgruppe:	Vater Beruf:	erb- gesund:	krank:	Sohn (Prob.)
Landwirte.	Bauer	—	Potus	Bauer
	Bauer	—	Alkoholepil. † im Stat. epileptic.	Bauer
	Bauer	+		Bauer
	Bauer	+		Bauer
	Weingärtner	+		Weingärtner
	— Gutspächter	+		Gärtner
Sonstige Berufe.				
Akademiker.	Arzt	+		Landwirt
	Ingenieur	—	nervös	Kaufmann
Nicht- akademiker.	—			—

55 nichtverheiratete männliche Epil. beruflich verglichen.

II. Verheiratete weibliche Epileptiker:

Berufsgruppe:		Vater Beruf:	erb- gesund:	krank:	Tochter (Prob.) Beruf des Mannes:
— Die Berufsgruppe ist hierbei nach der Stellung des Mannes der Tochter (Prob.) ausgerichtet. —					
Beamte.		Wirt	—	Potus	Reichsbahnoberinspektor
		Weingärtner	+		Lokomotivführer
Kaufleute und Fabrikanten.	*	Schreiner	+		Kaufmann
Handwerker und Gewerbe- treibende		Kaminfegermeister	—	geisteskrank	Kaminfegermeister
		Maurer	+		Maurer
		Küfer	+		Maurer
		Weingärtner	—	Potus	Schiffer
		Ziegler	+		Schreiner
		Bauer	+		Schuhmacher
		Oberamtsdiener	—	Potus	Uhrmacher
		Lagermeister	—	Potus	Zinngießer
Arbeiter und Dienstleute		Weber	+		Fabrikarbeiter
		Weber	—	+ an Apopl.	Taglöhner
	—	Küfer	+		Dienstmann
	—	Maurermeister	+		Fabrikarbeiter
Landwirte		Bauer	+		Bauer
		Bauer	—	Potus	Bauer
		Weingärtner	+		Weingärtner
		Weingärtner	—	jähzornig	Weingärtner
		Bauer	+		Weingärtner
	*	Fuhrmann	+		Weingärtner

21 verheir. weibl. Epil. beruflich verglichen.

Bei der kleinen Anzahl von 21 weiblichen Fällen wird in den Berufen der Väter und Ehemänner der soziale Durchschnitt ebenfalls gehalten.

Die unverheirateten weibl. Epileptiker in gleicher Weise zu prüfen, ist für den Zeitabschnitt, dem unsere Fälle angehören, nutzlos, da im ausgehenden vorigen und im 1. Jahrzehnt des jetzigen Jahrhunderts bis zum Weltkrieg wohl die meisten Frauen, die unverheiratet blieben, noch nicht zu einer Berufswahl gedrängt wurden. Wir konnten auch in dieser Hinsicht nichts Greifbares eruieren.

Auf eines sei hier kurz hingewiesen, daß wir durch vorstehende Vergleichsmethode keine wertmäßige Klassifizierung einzelner Berufe haben vornehmen wollen; uns scheint vielmehr diese Art und Weise geeignet, die Plus- und Minusfaktoren im sozialen Werte- und Kräftespiel des Lebens einigermaßen zutreffend herauszukristallisieren. Weitere Untersuchungen, die wir noch nicht haben anstellen können, gehören ebenfalls hierher. So wäre es wichtig, ferner darnach zu fragen, inwieweit die Kinder aus Familien, deren einer Elternteil genuiner Epileptiker ist, den Pflichten und Lebensanforderungen nachkommen, die wir, der Durchschnitt des Volkes, von ihnen verlangen müssen? Im einzelnen: Können die Söhne von einem epileptischen Vater oder einer epileptischen Mutter rechtzeitig (darauf kommt es nicht zuletzt an) einen Beruf ergreifen, der dem des Vaters äquivalent ist? Können sie sich bei ihrer Arbeit bewähren? Kommen sie rechtzeitig in die Lage, eine Familie zu gründen und zu erhalten? Kommen Töchter eines genuin-epileptischen Elternteiles in gleichem Umfang und in gleichem Alter zur Eheschließung wie der Bevölkerungsdurchschnitt? Sind — wir deuteten das oben bereits an — Niveausenkung und -steigerung bei Eheschließung in einer zahlenmäßig ausreichend großen Fallsammlung von Epileptikerkindern erheblicher als bei einer gleich großen Anzahl von Söhnen und Töchtern des Bevölkerungsdurchschnitts? Wir könnten die Fragen beliebig vermehren, die sich uns aufdrängen, wollen wir angenähert reale Kenntnisse über die soziale Wertigkeit von Trägern schlechter Erbanlagen oder den Nachkommen solcher erbunterwertig Veranlagter erhalten. Diese, bisher nur unvollkommen erörterten Zusammenhänge mögen nur unter großen Schwierigkeiten zu einer brauchbaren Lösung gelangen, wir müssen sie aber für alle, sicher aber für „die 4 wichtigsten psychischen Erbkreise“ (Luxenburger) herbeiführen. Sonst behalten wir nur ein verschwommenes und deshalb nicht verwertbares Bild von der sozialen Brauchbarkeit der vielen Menschen, die entweder selbst mit ihren Anlagen ein- oder mehrfach in die bekannten Formenkreise hineinragen oder die — für ihre Person phänotypisch frei — durch einen oder beide Elternteile oder nur durch entferntere Ver-

wandte an der Peripherie dieser Erbkreise haften. Denn durch bloße „Berechnungen", daß z. B. eine 4köpfige schizophrene Familie in insgesamt 40jährigem Anstaltsaufenthalt soundsoviel Tausende den Staat, die Allgemeinheit gekostet hat, bleibt uns über die Sozialwertigkeit einer Gruppe Erbkranker nur die alte, verzerrte Auffassung. Auf der anderen Seite wären dann auch Individualstatistiken etwa folgender Art erlaubt, daß ein Vater und dessen Sohn in relativ jungen Jahren unverschuldet einen Betriebsunfall erlitten — ein „unverschuldetes Schicksal" waltet ja zunächst einmal auch über jedem Träger einer krankhaften Erbanlage —, und daß der Allgemeinheit infolgedessen während mehrerer Jahrzehnte Rentenkosten verursacht wurden, die womöglich noch durch entsprechende tendenzneurotische Einstellung der Verletzten und daraus sich ergebender wiederholter ärztlicher Beobachtung und Begutachtung, durch Heilverfahren usw. aktiv in unerschwingliche Höhe getrieben wurden. Wir sehen, daß durch solche voreingenommene Betrachtungsweise kein dunkler Fragenkomplex aufgehellt, sondern nur auf absurdeste Weise noch weiter verdichtet wird.

Wir haben auch die durchschnittliche Dauer des oder der Anstaltsaufenthalte unserer Probanden erfahren. Dabei zeigte sich, daß die verheirateten Epilepsieträger bis auf einige Ausnahmen nur 1 Mal pflegebedürftig, also nur in hiesiger Klinik waren; allerdings von recht verschiedener Zeitdauer (von 8 Tagen an bis zu 1 Jahr; die meisten verheirateten Probanden waren 2—4 Monate bei uns und wurden dann „gebessert" oder „geheilt" nach Hause entlassen). Die Nichtverheirateten waren zum überwiegenden Teil 2 oder mehrere Male (selten) in Klinik und Heilanstalten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in diesen, vor allem bei der Nichtverheirateten-Gruppe wiederzugeben, halten wir für zwecklos; denn die Grundsätze, von denen im Zeitraum, dem unsere Patienten entnommen sind, Psychiatrie und Geisteskrankenpflege noch beherrscht wurden, sind durch Simons „Aktive Arbeitstherapie", die „Offene Fürsorge" Kolbs und Faltlhausers sowie die „Heim- und Familienpflege" generell seit Kriegsende in einem Maße rationalisiert und ökonomisiert worden, daß Behandlungsdauer und -kosten für einen gleichartig gelagerten Fall heute auf einen Bruchteil gegenüber früher reduziert werden können.

Von unseren männlichen und weiblichen Probanden starben 34,9% im Status epilepticus; an Lungentuberkulose: 7,2%; im Anfall verunglückt sind: 4,8%; Pneumonie und Herzschwäche waren Todesursache bei je 4,2%; Altersschwäche bei 3,6%; allgemeine Tuberkulose in 3% der Fälle; Herzleiden in 2,4%; Suicid bei 1,8 vom Hundert. Die Todesursachen der übrigen Patienten verteilen sich auf alle möglichen anderen körperlichen Leiden (der Häufigkeit

nach: Apoplexie, Marasmus, Leberleiden, Nierenleiden, Carzinom, Cholera, Encephalitis, Magenulcus, Oesophagusstenose, Typhus). Unbekannt ist die Todesursache von 23,5% unserer Probanden. Im Status epilepticus starben fast ausschließlich nichtverheiratete Kranke; an Lungen- und Allgemeintuberkulose, an Pneumonien, ferner durch Unglücksfall im epileptischen Insult kamen ebenso überwiegend die unverheirateten Patienten ad exitum. Die Verhältniszahlen für die beiden Todesursachen: Status epilepticus und Tuberkulose stimmen bis auf zufallsbedingte Abweichungen bei der Kleinheit unserer Fallsammlung überein mit den Angaben von H. Meyer und Ostmann.

In unserer letzten Tabelle 4 a und b fassen wir unsere gestorbenen genuinen Epileptiker nach Alter, Geschlecht und Familienstand zusammen und vergleichen sie in absoluten und Verhältniszahlen unter Berücksichtigung des Mittleren Fehlers mit den in gleichen Zeiträumen verstorbenen Teilen der Bevölkerung. Grundlage hierzu sind die volksstatistischen Zählungen für das Jahr 1932 im Statistischen Jahrbuch des Deutschen Reiches 1934. 63 verheiratete männliche und weibliche Probanden (von 45 verheir. m. + 30 verheir. w. gleich insgesamt 75 verheir. Epileptikern) und 1 1 0 nichtverheiratete m. und w. Kranke (von 67 nichtverheir. m. und 52 nichtverheir., kinderlosen w. und 12 nichtverheir. w. Epileptikern mit Nachkommenschaft gleich insgesamt 131 nichtverheir. Probanden) stehen uns für diese Berechnung zur Verfügung.

Nicht allein, daß die nichtverheirateten Probanden recht früh epilepsiemanifest werden und dadurch nicht zur Eheschließung kommen dürften, daß die Nichtverheirateten ferner im sozialen Leben Minusbilanz machen, haben wir gesehen; die Tabelle 4 zeigt, daß die Probanden, die nicht zur Eheschließung kamen, zu einem Teil frühzeitig wieder durch Tod ausscheiden, und zwar wesentlich vor dem Zeitraum, in dem unsere ersten verheirateten Epilepsieträger ad exitum kamen. Und daß die nichtverheirateten weiblichen phänotypisch Epilepsiekranken weniger widerstandsfest im Leben dazustehen scheinen, als die nichtverheirateten männlichen Patienten. So starben in der Altersstufe von 10 bis unter 15 Jahren 4 nichtverheir. weibl. gegen 0 nichtverheir. männliche Probanden; Altersstufe 15—20: 5 weibl. gegen 1 männl.; Altersstufe 20—25: 8 weibl. gegen 2 männl. Weiter ist das Maximum unserer gestorbenen nichtverheirateten m. und w. Probanden in 71,9% bereits mit dem vollendeten 40. Lebensjahr, der weitaus überwiegende Teil in 88,3% mit dem 50. Lebensjahr erreicht; was in den späteren Altersstufen folgt, scheinen Nachzügler zu sein.

Bei den verheirateten Probanden zeigen die weiblichen Kranken gleichfalls eine zeitlich früher gelagerte Sterbenshäufigkeit als die

männlichen Epilepsieträger. Das Maximum bei den Fällen aber, die in der Lage waren, eine Ehe zu schließen, ist vielleicht frühestens mit dem vollendeten 50. Lebensjahr ausgeschieden (58,8%). Was hier in späteren Altersstufen folgt, sind keine Nachzügler.

Vor allem der Vergleich zwischen den Todesjahren unserer 173 Gesamtprobanden und den Zeiträumen gleicher Altersstufe mit den verstorbenen Anteilen der Bevölkerung zeigt, daß die größte Anzahl unserer Probanden mit 76,9% im 50. Lebensjahr bereits aus dem Leben ausgeschieden ist, während das Sterbensmaximum des Volksdurchschnitts frühestens mit dem 50. Lebensjahr beginnt; bis zum 50. Lebensjahr sind 26,6% der Bevölkerung gestorben. Der Beginn des Sterbensmaximums unserer Epileptikerprobanden liegt beim 25. Lebensjahr; also ist die durchschnittliche Lebensaussicht für unsere Epileptiker um 25 Jahre geringer als die des Volksdurchschnitts. H. Meyer ist auf anderem Wege diesem bedeutsamen Faktor der erheblich frühen Sterblichkeit bei vererbbaren Geisteskrankheiten für den Selbstausmerzeprozeß der Natur nachgegangen und hat gefunden, daß „genuine Epileptiker im Alter von 15—50 Jahren eine 12mal höhere Sterblichkeit als die normale Bevölkerung" aufweisen. Andere Verfasser bringen ähnlich lautende Ergebnisse. Meyer glaubt nun aus seinen Untersuchungen schließen zu können, „daß die Natur einer erheblichen Vermehrung von endogenen Geisteskranken einen Riegel in Form einer erhöhten Sterblichkeit derselben vorgeschoben hat", möchte aber in einer weiteren Arbeit näheres Material darüber erbracht sehen, ob dieser natürliche, gesunde Selbstausmerzeprozeß an halb- und unterwertigem Leben nicht durch „eine erhöhte Fruchtbarkeit der in das fortpflanzungsfähige Alter gelangenden Kranken ausgeglichen wird". Wir haben unsere Befunde in dieser Richtung mitgeteilt und gesehen, daß bei unseren Fällen — deren Zahl allerdings größer sein dürfte — von einer erhöhten Fruchtbarkeit oder gar „Triebhaftigkeit" der fortpflanzungsfähigen Epilepsieträger keine Rede ist.

Leider ist auch die Anzahl der verstorbenen Probanden mit 173 noch zu winzig, als daß unsere Ergebnisse über die Frühsterblichkeit der Epileptiker in ihrer Beziehung zu Altersaufbau, Geschlecht und Familienstand bereits als irgendeine Gesetzmäßigkeit hingestellt werden könnten. Doch kann auch unter Berücksichtigung der Fehlergrenzen eine Regelmäßigkeit bei unserer Tab. 5 nicht bestritten werden. Die dort zahlenmäßig niedergelegten Zusammenhänge müßten jedoch einer weiteren Nachprüfung von anderer Stelle und an einer wesentlich größeren Zahl von Fällen unterzogen werden. Wir glauben mit Ostmann, daß gerade hierfür in Kliniken und vor allem Anstalten „viel wissenschaftlich interessierender Stoff zu finden sei", der „zum Teil zu wenig ausgenutzt werde". Ja, wir meinen,

daß gerade für umfangreiche Untersuchungen über noch zu klärende Erblichkeitszusammenhänge in den Anstalten ein günstiger Boden schon vorhanden ist oder leicht und ziemlich kostenfrei bereitet werden könnte; denn 1.) hat sich bei dem Alter der meisten Heilanstalten eine Fülle von Krankheitsfällen für alle wichtigen Erbkreise angesammelt, 2.) sind diese Fundgruben noch so gut wie unausgeschöpft und 3.) besteht heute an vielen Anstalten eine Außenfürsorge mit Beratungsdienst in Stadt und Land, mit Heim- und Familienpflege — ein Anstaltswagen ist deshalb vielfach schon vorhanden, erprobte Beziehungen zu Behörden und Privatpersonen, in manchen Fällen Nachkommen ehemaliger Patienten bestehen bereits —, sodaß auf dieser Basis erbbiologische, erbstatistische, sozialbiologische, soziologische und Sozial-Untersuchungen mit guter Aussicht auf Erfolg in Angriff genommen werden könnten. Rüdin hat 1924 einmal gesagt, daß der konsequenten Erbforschung in „vollendeter Weise, zwar nicht ausschließlich, vielfach nur eine Forschungszentrale" genüge. Heute ist sie Tatsache geworden; die Aufgaben, die es zu erfüllen gilt, kann sie allein aber auch nicht lösen. Sie stellt den Vortrupp dar, der in der fachlichen Methodik Richtlinien und Anregungen zu geben vermag, auf die außerhalb der Forschungszentrale, in der „Psychiatrischen oder eugenischen Provinz" Stehende warten, um an dringlicher Stelle sich einsetzen zu können.

Zusammenfassung.

Wir berichteten über Erblichkeits-, sozialbiologische und soziale Untersuchungen, die wir an 228 Genuine-Epilepsie-Probanden und deren 322 Kindern machten. Die männlichen und weiblichen Ausgangsfälle befanden sich in den Jahren 1894—1909 in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen. Von ihnen sind 75 verheiratet (45 m. und 30 w. Epileptiker).

1.) Bestimmten wir das Gefährdungsalter für Genuine Epilepsie; es reicht vom 1. bis zum 25. Lebensjahr. Wir haben es unseren Erblichkeitsberechnungen unter Berücksichtigung des Altersaufbaues zugrundegelegt.

Die korrigierte Prozentziffer der Erkrankungswahrscheinlichkeit in den Kinderschaften eines genuin-epileptischen Elternteiles beträgt

für Epilepsie: $5{,}783\% \pm 3 \times 1{,}7474$
für Psychopathie: $4{,}332\% \pm 3 \times 1{,}5162$

für Debilität und debile Psychopathie: $9{,}393\% \pm 3 \times 2{,}1813$.

2.) Über die erhebliche Belastung in den Ahnenreihen unserer Ausgangsprobanden ist zu sagen, daß die nichtverheirateten m. und w. Epilepsieträger erheblich m e h r belastet sind als die verheirateten Probanden.
Bei den nichtverheirateten Kranken wurde — siehe Tab. 1 — die Epilepsie-Anlage früher manifest als bei den verheirateten Epileptikern:
bis zum 18. Lebensjahr waren phänotypisch genuin-epileptisch
78,3% der nichtverheirateten,
45,2% der verheirateten Probanden;
bis zum 25. Lebensjahre:
93,1% der nichtverheirateten,
74,5% der verheirateten Probanden.

3.) Unter den direkten Nachkommen unserer genuin-epileptischen Eltern findet sich k e i n e erhöhte Totgeburten- und Säuglingssterblichkeitsziffer; bei unseren weiblichen Probanden mit Descendenz sind jedoch die Anzahl der Totgeburten und die Säuglingssterblichkeit d o p p e l t so groß wie bei der Nachkommenschaft unserer genuin-epileptischen Väter.

4.) Mit Vorbehalt erinnern wir an unseren Befund, daß bei dem 1. und letzten Kind einer Geschwisterreihe aus epilepsiekranker Familie die Aussicht, ebenfalls epilepsiemanifest zu werden, d o p p e l t so groß zu sein scheint wie für die übrigen Kinder.

5.) Die „Soziale Linie" der Familie bleibt in den verheirateten Epilepsieträgern erhalten, in den unverheirateten Probanden sinkt sie ab.

6.) Die nichtverheirateten Kranken befinden sich während ihres Lebensablaufes öfter und länger in Anstaltsbehandlung. Sie sterben zu einem hohen Prozentsatz im Status epilepticus, an Lungen- und Allgemeintuberkulose, an Pneumonien und durch Unglücksfall im epileptischen Insult.

7.) Tabelle 5 zeigt, daß der größte Teil unserer Epileptiker (76,9%) mit dem 50. Lebensjahr durch Tod bereits ausgeschieden ist, während das Sterbensmaximum des Volksdurchschnitts erst mit dem 50. Lebensjahr beginnt.
Das Absterben der nichtverheirateten Probanden beginnt v o r dem der verheirateten Epileptiker.

Wir legten bei unserer Arbeit besonderen Wert auf Nachweis des S e l b s t a u s m e r z e p r i n z i p s der Natur gegenüber der von uns behandelten erbkranken Anlage.

Im ganzen fanden wir, daß die n i c h t v e r h e i r a t e t e n Epileptiker

1.) in ihrem Beruf sozial untüchtiger sind als der Bevölkerungsdurchschnitt erwarten läßt,

2.) daß sie in zum Teil erheblichem Maße anstaltspflegebedürftig sind,

ferner daß sie

3.) fast ausschließlich v o r dem heiratsfähigen Alter phänotypisch erkranken (93,1%),

4.) daß sie nicht zuletzt deshalb schon nicht zu Eheschließung und Fortpflanzung kamen,

5.) daß das Absterben bei nichtverheirateten Epileptikern weit früher beginnt als das der verheirateten Epilepsieträger oder gar des Bevölkerungsdurchschnitts.

In den nichtverheirateten Epileptikern verwehrt also die Natur einem großen Teil der Träger der Erbkrankheit Epilepsie die Möglichkeit, ihr unterwertiges Erbgut einer Nachkommenschaft weiterzureichen: von unseren Fällen 52,3%, nach anderen Angaben 40%.

Da die Form von Erbepilepsie, mit der jene nichtverheirateten Kranken belastet sind, von uns als besonders durchschlagskräftig und „schwer" angesehen wird, ist auch die Möglichkeit zu außerehelicher Fortpflanzung diesen erbgutmäßig hochgradig Geschädigten durch eugenische Maßnahmen zu nehmen.

Die v e r h e i r a t e t e n Epilepsieträger stellen sowohl anlagemäßig als ihrer sozialen Eingliederung nach wesentlich tüchtigere Glieder der Allgemeinheit dar. Doch legt auch ihnen die Natur Fesseln an in Form erhöhter Totgeburten- und Säuglingssterblichkeitsziffern bei gegenüber dem Durchschnitt des Volkes nicht erhöhter Kinderzahl; das trifft nach unseren Befunden jedoch nur für die genuin-epileptischen Mütter zu. Außerdem schließt eine relative Frühsterblichkeit die Epileptiker mit Familie ebenfalls rasch aus dem Wettbewerb im Leben aus.

Trotzdem wird es Epilepsieformen geben, z. B. all jene, deren Ascendenz unbelastet ist, die für ein positiv-eugenisches Naturexperiment im Sinne unseres oben erwähnten Vorschlags geeignet und dankbar sein dürften.

Sagte doch R ü d i n einmal selbst, daß die Möglichkeit bestehe, „eine recessiv mendelnde Anomalie durch fortdauernde Rückkreuzung mit einer fremden gesunden Stammform definitiv aus der abnormen Familie zu entfernen. Hier ist eine Auffrischung also bei konsequenter Durchführung sicher". Eine Auffassung, die von R. A l l e r s geteilt wurde und der wir uns mit unserem Vorschlag zu positiv-eugenischer Gattenwahl anschließen.

ANHANG.

(Tabellen, Fälle.)

Erklärung der Abkürzungen:

Hinter dem Namen des Probanden ist in Klammern abgekürzt die Quelle vermerkt, aus der die Erfahrungen über den betreffenden Kranken stammen.

B: Bürgermeisteramt, Einwohnermeldeamt, Oberamt usw.;
A: Gesundheitsamt etc., Arzt-Mitteilungen, Auskünfte von Anstalten;
J: Journale (eigene, solche von Heilanstalten, Fürsorgeheimen usw.);
P: Pfarramtliche Mitteilungen;
Pri: Mitteilung von Privatpersonen (Angehörigen);
G: Mitteilung von Gerichten, Gefängnissen.

Tabelle I.

Alter des 1. Auftretens der epileptischen Anfälle (absolute und Prozentzahlen).

Altersstufen	Verheiratete und Nichtverh.		Verheiratete				Nichtverheiratete			
	absol. Ziffer	% Ziffer	M	W	aZ	% Gesamt	% Gesamt	aZ	M	W
1. Lebensjahrzehnt	52	26,4	9	4	13	15,9	33,9	39	22	17
11. u. 12. Lebensjahr	12	6,1	2	3	5	6,1	6,1	7	3	4
13.—18.	63	32,0	6	13	19	23,2	38,3	44	28	16
19.—25.	41	20,8	9	15	24	29,3	14,8	17	7	10
26.—30.	15	7,6	9	2	11	13,4	3,5	4	3	1
4. Lebensjahrzehnt	13	6,6	4	6	10	12,2	2,6	3	1	2
5. Lebensjahrzehnt	1	0,5	—	—	—	—	0,9	1	1	—
6. Lebensjahrzehnt	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	197	100	39	43	82	100	100	115	65	50

Erklärungen: W: weibliche Epileptiker.
M: männliche Epileptiker.
abs. Ziff. und aZ: absolute Ziffern.

Tabelle IIa.

Von 167 Kindern der männlichen Epilepsieprobanden (45 verh.)

	Geschlecht M		W		unbekannt		Gesamt		
	e	u	e	u	e	u	aZ	e	u
Totgeborene	4	—	1	—	1	—	6	6	—
im 1. Lebensjahr Gestorbene	7	—	7	—	11	1	26	25	1

Tabelle IIb.

Von 155 Kindern der weiblichen Epilepsieprobanden (30 verh. u. 12 nichtverh.: 42).

	Geschlecht M		W		unbekannt		Gesamt		
	e	u	e	u	e	u	aZ	e	u
Totgeborene	2	—	—	1	7	1	11	9	2
im 1. Lebensjahr Gestorbene	20	2	9	3	8	1	43	37	6

Erklärungen: e: eheliche Geburten.
u: uneheliche Geburten.
M: Geburten männlichen Geschlechts.
W: Geburten weiblichen Geschlechts.

Tabelle IVa.

Die gestorbenen Epileptiker nach Alter, Geschlecht und Familienstand.

Verheiratete			Gesamt		Altersstufe				Nichtverheiratete			Gesamt	
M	W	aZ	Proz.	MFin %					M	W	aZ	Proz.	MFin %
—	—	—	—	—	1	bis	unter	5	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	5	„	„	10	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	10	„	„	15	—	4	4	3,6	±3×1,776
—	—	—	—	—	15	„	„	20	1	5	6	5,5	3×2,174
—	—	—	—	—	20	„	„	25	2	8	10	9,1	3×2,742
—	1	1	1,6	±3×1,581	25	„	„	30	17	9	26	23,6	3×4,049
1	8	9	14,3	3×4,411	30	„	„	35	13	4	17	15,5	3×3,451
4	4	8	12,7	3×4,195	35	„	„	40	12	4	16	14,6	3×3,367
4	8	12	19,1	3×4,953	40	„	„	45	6	4	10	9,1	3×2,742
5	2	7	11,1	3×3,958	45	„	„	50	6	2	8	7,3	3×2,480
4	1	5	7,9	3×3,398	50	„	„	55	1	2	3	2,7	3×1,545
3	3	6	9,5	3×3,694	55	„	„	60	1	2	3	2,7	3×1,545
3	2	5	7,9	3×3,398	60	„	„	65	1	2	3	2,7	3×1,545
1	2	3	4,8	3×2,693	65	„	„	70	1	—	1	0,9	3×0,811
3	1	4	6,4	3×3,084	70	„	„	75	2	1	3	2,7	3×1,545
1	2	3	4,8	3×2,693	75	„	„	80	—	—	—	—	—
29	34	63	100						63	47	110	100	

Tabelle IVb.

Verglichen mit den in den gleichen Zeiträumen verstorbenen Teilen der Bevölkerung von 1932.

Prob.-Epileptiker Gesamt abs. Zahl	%	MFin %	Altersstufe				Bevölkerung 1932 Gesamt abs. Zahl	%	MFin %
—	—	—	1	bis unter		5	—	—	—
—	—	—	5	„	„	10	—	—	—
4	2,3	±3×1,140	10	„	„	15	5537	1,1	±3×0,0146
6	3,5	3×1,397	15	„	„	20	10446	2,0	3×0,0196
10	5,9	3×1,791	20	„	„	25	17309	3,4	3×0,0253
27	15,6	3×2,759	25	„	„	30	18210	3,6	3×0,0260
26	15,0	3×2,717	30	„	„	35	18509	3,6	3×0,0260
24	13,9	3×2,630	35	„	„	40	18246	3,6	3×0,0260
22	12,1	3×2,480	40	„	„	45	20971	4,1	3×0,0276
15	8,6	3×2,132	45	„	„	50	26517	5,2	3×0,0310
8	4,6	3×1,593	50	„	„	55	35895	7,0	3×0,0356
9	5,2	3×1,688	55	„	„	60	49576	9,7	3×0,0413
8	4,6	3×1,593	60	„	„	65	59633	11,6	3×0,0447
4	2,3	3×1,140	65	„	„	70	75192	14,7	3×0,0495
7	4,1	3×1,508	70	„	„	75	82835	16,2	3×0,0515
3	1,7	3×0,933	75	„	„	80	73746	14,4	3×0,0490
—	—	—	über 80						
173	100						512622	100	

Tabelle IIIa.

Stellung der Probanden in ihrer Geschwisterreihe.

Männlich u	e	Proband ist wiev. Kind?	Wieviel Geschw.?	Stellung	Wieviel Geschw.?	Proband ist wiev. Kind?	e	Weiblich u
?	?	1.	1	*Rubrik I*	1	1.	—	+
+	—	1.	1	einziges Kind				
	+	1.	11	*Rubrik II*	15	1.	+	
?	?	1.	10		14	1.		+
	+	1.	7	1. Kind	7	1.	+	
+		1.	4		6	1.		+
?	?	1.	2		5	1.	+	
	+	1.	2		5	1.	+	

Männlich				Stellung	Weiblich			
u	e	Proband ist wiev. Kind?	Wieviel Geschw.?		Wieviel Geschw.?	Proband ist wiev. Kind?	e	u
	+	1.	2		4	1.	+	
	+	1.	2		4	1.	+	
					4	1.	?	?
	+	12.	12	*Rubrik III*	9	9.	+	
	+	12.	12		8	8.	+	
	+	11.	11		6	6.	+	
	+	10.	10	Letztes Kind	5	5.	+	
	+	9.	9		5	5.	+	
	+	9.	9		5	5.	+	
	+	9.	9		4	4.	+	
	+	9.	9		4	4.		+
	+	8.	8		4	4.	+	
	+	5.	5		4	4.	+	
+		4.	4		3	3.	?	?
	+	4.	4		3	3.	+	
	+	4.	4					
	+	4.	4					
	+	3.	3					
	+	2.	7	*Rubrik IV*	17	2.	?	?
	+	2.	5		14	2.	+	
?	?	2.	5		12	2.		+
?	?	2.	2	2. Kind	8	2.	?	?
					7	2.	+	
	+	12.	13	*Rubrik V*	9	8.	+	
	+	10.	11		8	7.	+	
	+	5.	6	Vorletztes Kind	8	7.	?	?
	+	5.	6		7	6.	+	
					4	3.	?	?
					3	2.	+	
					3	2.	+	
	+	9.	11	*Rubrik VI*	12	10.	+	
	+	9.	11		10	8.	+	
	+	3.	5	Vorvorletztes Kind	6	4.		+
	+	3.	5		5	3.	?	?
	+	2.	4					

Männlich				Stellung	Weiblich			
u	e	Proband ist wiev. Kind?	Wieviel Geschw.?		Wieviel Geschw?	Proband ist wiev. Kind?	e	u
	+	12.	23	*Rubrik VII*	14	5.	+	
	+	10.	18		13	8.	+	
	+	11.	15	Restgruppe	13	5.	+	
	+	6.	15		11	8.	+	
	+	3.	14		11	7.	+	
	+	4.	13		11	4.	+	
	+	3.	13		10	7.	+	
	+	9.	12		9	3.	+	
	+	8.	12		8	5.	+	
	+	8.	12		8	3.	+	
	+	8.	12		8	3.	+	
	+	5.	11		6	3.	+	
	+	4.	11					
	+	6.	10					
	+	5.	10					
	+	5.	9					
	+	4.	9					
?	?	4.	9					
	+	4.	8					
	+	3.	8					
	+	4.	7					
	+	3.	7					
	+	3.	6					
		?	15	*Rubrik VIII*	13	?		
		?	14		8	?		
		?	10					
		?	7	unbekannt				
		?	6					
		?	6					
		?	5					

Erklärung:
In der Säule „Wieviel Geschw.?“ sind die Geschwister einschließlich des Probanden gezählt.

Tabelle IIIb.

Zusammenstellung.

Männlich abs. Zahl	Männlich %	Rubrik	Weiblich %	Weiblich abs. Zahl	Gesamt aZ	Gesamt %
2	3,0	I	1,9	1	3	2,6
8	11,9	II	19,2	10	18	15,4
15	22,4	III	23,1	12	27	22,7
4	6,0	IV	9,6	5	9	7,6
4	6,0	V	13,5	7	11	9,2
5	7,5	VI	7,7	4	9	7,6
22	32,8	VII	21,2	11	33	27,7
7	10,5	VIII	3,9	2	9	7,6
67	100		100	52	119	100

Männliche Probanden.

Verheiratet, Erblichkeitsverhältnisse bei den Kindern bekannt.

1. Bei., W. (B J J) geb. 13. 4. 1874, † 18. 9. 1918, 44 J., Herzschlag.
Ascendenz: Frei von Psych.- und Nervenkrankheiten, Epilepsie etc. und Potus.

Pat.: Normale Entwicklung. Mit 33 J. trat nachts ohne äußeren Anlaß (Erregung o. dergl.) der 1. epil. Anfall auf. Nach einiger Zeit 2. und 3. Anfall. Allmählich Häufung. Arbeitsfähigkeit stark beeinträchtigt.

1909 in hiesiger Klinik. Pat. hatte auch nach seiner Entlassung bis zu seinem Tode epil. Anfälle.

Beruf: Portier in einer Fabrik.
Mit 26 Jahren Heirat. Frau gesund.
Descendenz: 3 Kinder leben, sind gesund.

2. Bel., A. (B B A Pri Pri Pri Pri J) Lehrerssohn, geb. 23. 8. 1883, 52 J., lebt.
Ascendenz: Mutter wurde nach einem Brande, während sie mit Pat. schwanger war, sehr nervös.
1 Onkel (Bruder d. Vaters) kleptoman, porioman, wurde als verschollen erklärt.

Pat.: Seit dem 4. Lebensjahr starke Enurese. In der Schule lernte Pat. schlecht. Hatte häufig Kopfschmerzen. Ließ auch bei Tag Urin und Stuhl in die Hosen. Seit dem 5. Lebensjahr ausgesprochene Kleptomanie. Vom 10. Lebensjahr an begab der Kranke sich auf Wanderschaft bis zu einem Jahr und länger; kam zwischendurch nach Hause. Tierquäler. In der Folgezeit Schwindelanfälle, Absencen, Bewußtseinstrübungen, Dämmerzustände.

Pat. war zeitweise sehr reizbar, jähzornig, hart, gefühllos; dann wieder gutmütig, rührselig. Wegen größeren Diebstahls vor Gericht; wurde auf „larvierte Epilepsie" hin in der Heilanstalt R. und in hiesiger Klinik 1899 begutachtet.
Mit 29 Jahren Heirat. Frau und deren Ascendenz gesund.
Descendenz: 3 Kinder leben, sind gesund.

3. Ber. K., (B J) Schuhmachermeisterssohn, geb. 29. 5. 1879, † 10. 11. 1915, 36 J., Status epilepticus.

Ascendenz: Frei von psychischen Anomalien, Epilepsie etc. und Potus.

Pat.: Mit 21 Jahren gehäufte epileptische Krampfanfälle. Späterhin auch Absencen. Gedächtnisschwäche. Wesensänderung. Der Kranke wurde zunehmend reiz- und erregbar.
1909 in hiesiger Klinik.
Beruf: Bäcker.
Mit 24 J. Heirat. Frau und deren Ascendenz gesund.
Descendenz: 1 Sohn, 31 J., lebt, gesund, verh.

4. Breith., G., (BBAAJ) geb. 10. 5. 1874, † 28. 6. 1933, 59 J.

Ascendenz: Vater wegen epil. Demenz viele Jahre in einer Heilanstalt.
1 Vetter (gleichen Namens) war auch geisteskrank (?),
1 Schwester „zeitweise melancholisch".
Sonst Ahnenreihen angeblich frei.

Pat.: Normale Entwicklung; von jeher war Pat. zornig, reizbar und unmotiviert erregt. Mit 9 Jahren epil. Anfälle, die rasch zu Vergeßlichkeit führten. Verstimmungen. In keiner Lehrstelle hielt Pat. aus; lief, wenn es ihm paßte, ohne weiteres fort. Mit 20 Jahren Militärdienst. Zunächst keine Dienststrafen. War bereits über 1 Jahr bei der Truppe, als er einen anderen Feldwebel bekam und deshalb während des Manövers von der Truppe weglief. Auf Grund eines militärärztlichen Gutachtens straffrei. Im 12. Lebensjahr wegen Diebstahls und Betrugs 3 Wochen Gefängnis. Mit 16 Jahren wegen Sachbeschädigung 1 Monat Gefängnis.
Pat. wurde in einem epil. Erregungszustand 1898 in die hiesige Klinik eingeliefert.
Beruf: Schreiner.
Mit 36 Jahren Heirat. Frau gesund.
Descendenz: 1 Tochter, lebt,
1 Kind starb an Lungentuberkulose.
Beide Kinder frei von psych. Anomalien, Epilepsie etc. und Potus.

5. Breitl., G., (BJ) Schreinerssohn, geb. 10. 7. 1876, † 27. 7. 1911, 35 J., Status epilepticus.

Ascendenz: 1 Onkel (Bruder der Mutter): Epilepsie,
1 Onkel (Bruder des Vaters): † an Apoplexie.
Sonst Familie frei.

Pat.: Als Kind Schwindelanfälle. Während der Schulzeit mit 11 Jahren epil. Anfälle, die anfangs in großen Zeitabständen, später gehäuft auftraten. Auffassung erschwert.
1908 in hiesiger Klinik. Hatte nach der Entlassung weiterhin epil. Anfälle.
Beruf: Schreiner.
Mit 27 Jahren Heirat. Frau gesund.
Descendenz: 4 Töchter (31, 30, 29, 27 J.) leben, blieben ledig. Debile Psychopathen. Frömmelndes Wesen. Gehen in die „Gemeinschaft".

6. Bru., J., (BAAJ) Zimmermannssohn, geb. 20. 4. 1882, 53 J., lebt.

Ascendenz: Mutter: Potus,
1 Onkel (Bruder der Mutter): kriminell,
1 Tante (Schwester der Mutter): Paralyse,
1 Bruder (des Probanden): Epilepsie, dessen Kind: Epilepsie.

Pat.: Normale Entwicklung. Mit 19 Jahren epil. Krampfanfälle. Verstimmungszustände. Pat. wurde jähzornig und heftig, sexuell enthemmt. Mehrere Sittlichkeitsdelikte. Im Alter von 22 Jahren ermordete er in einem Erregungs- und Dämmerzustand ein 13jähriges Mädchen, das sich geweigert hatte, mit ihm geschlechtlich zu verkehren. Vor Gericht exkulpiert.
1904 in der Heilanstalt Wei. und in hiesiger Klinik. War dann bis 1909 in den Heilanstalten Wei. und Wi. Seit der Entlassung keine Anfälle mehr.
Beruf: Gärtner.
Mit 52 Jahren (1934) Heirat.
Ehe bis jetzt kinderlos.

7. Bur., G., (B B B Pri J) Holzhauerssohn, geb. 4. 9. 1886, 49 J., lebt.
Ascendenz: Vater: Potus,
1 Bruder: debil.
Pat.: In der Jugend Gichter. Mit 12 Jahren Zustände vorübergehender Bewußtlosigkeit; in der Folgezeit typische Ansencen, 10 und mehr an einem Tage. Auffassung erschwert, Vergeßlichkeit. Der Kranke war stets in weinerlicher Stimmung.
1901 in hiesiger Klinik. Ließ nach Absencen und Schwindelanfällen häufig Urin, gelegentlich auch Stuhl unter sich.
Beruf: Damenschneider.
Mit 38 Jahren Heirat. Frau und deren Ascendenz gesund.
Descendenz: 1 Tochter, 6 J., lebt, gesund.

8. Ebe, A., (B A A A P J J) Taglöhnerssohn, geb. 2. 12. 1840, † 27. 8. 1899, 59 J., Herzschwäche.
Ascendenz: 1 Großvater (?) und dessen Brüder waren aufgeregt,
1 Schwester: Epilepsie von Jugend an, dement.
Weitere Belastungsangaben waren nicht zu eruieren.
Pat.: Seit Kindheit Gichter und Krämpfe. War in der Schule außerordentlich vergeßlich. Anfälle traten etwa 8 mal im Jahr auf. Pat. wurde zunehmend reizbar und jähzornig, prügelte ohne stichhaltigen Grund Frau und Kinder. Verwirrtheitszustände, in denen der Kranke sinnlos fortdrängte. Hochgradige Gedächtnisschwäche, Intelligenzdefekte. Vorübergehend Alkoholabusus.
1898 im Erregungszustand in die hiesige Klinik eingewiesen, wurde ungeheilt in die Heilanstalt G. überführt, wo er starb.
Mit 27 Jahren Heirat. Frau: manisch-depressiv; einer ihrer Brüder war wegen endogener Depression in einer Heilanstalt.
Descendenz: 1 Tochter, 70 J., lebt, leidet seit Jugend an Epilepsie und endogenen Depressionen, war deswegen in der Heilanstalt R.
Sie hat eine unehel. Tochter, 44 J., ledig, epileptoides Wesen, ferner einen unehel. Sohn, 43 J., lebt, verh., epileptoides Wesen.
1 Tochter starb, 33 J. alt, ledig; litt an Epilepsie und Schwermut.
1 Sohn starb, 28 J. alt, verh.; litt an Epilepsie. Hinterließ 4 Kinder, von denen 2 frühverstorben sind; 1 Kind wurde man.-depressiv, hatte aber keine epil. Anfälle.
1 Tochter erhängte sich, 57 J. alt, verh.; litt an Epilepsie und endogenen Depressionen; war deswegen mehrmals und jedesmal für längere Zeit in der Heilanstalt R.

9. End., J., (B A A Pri J) geb. 19. 11. 1866, † 7. 4. 1913, 47 J., im Anfall erstickt.
Ascendenz: Angeblich frei von psychischen Anomalien, Epilepsie etc. und Potus.
Pat.: Seit dem 25. Lebensjahr epil. Anfälle, die gehäuft auftraten, schließlich täglich 1—2 mal. Dämmerzustände. Wesensänderung. Frömmelei. Intellekt und Gedächtnis ließen erheblich nach.
1899 und 1900 in hiesiger Klinik.
Beruf: Taglöhner.
Mit 28 Jahren Heirat. Frau und deren Ascendenz gesund.
Descendenz: 2 Töchter, (43, 40 J.) leben, gesund,
1 Tochter, 39 J., lebt, gesund, verh.,
1 Sohn, 21 J., fiel,
1 Sohn starb, 1 Monat 8 Tage alt.
Die Kinder sind bzw. waren zu Lebzeiten frei von psychischen Anomalien, Epilepsie etc. und Potus.

10. E r a., J., (B B J) Heuwägerssohn, geb. 20. 1. 1864, † 5. 2. 1911, 47 J., „trank aus Versehen Lauge für Schnaps".
Ascendenz: unbekannt.
Pat.: Seit der Militärzeit mit 21 Jahren 2—3 mal pro Woche epil. Anfälle. Vor und nach den Anfällen war Pat. streitsüchtig. Langdauernde Dämmerzustände, Absencen. Gedächtnisschwäche. Der Kranke litt bis zum Tode an epil. Anfällen.
Beruf: Metzger und Taglöhner.
Mit 25 Jahren Heirat. Frau und deren Ascendenz gesund.
Descendenz: 1 Sohn, 45 J., lebt, gesund, verh.,
1 Tochter starb, 2¾ J. alt, an Diphtherie,
1 Tochter starb, 11 Monate alt, an Krämpfen.

11. G a u., J., (B A J) Schuhmacherssohn, geb. 3. 6. 1887, 47 J., lebt.
Ascendenz: Frei von psychischen Anomalien, Epilepsie etc. und Potus. 1 Schwester lebte, war gesund; 11 Geschwister starben im 1. oder 2. Lebensjahr (Ursachen unbekannt).
Pat.: Mit 18 Jahren epil. Anfälle.
1907 in hiesiger Klinik.
Beruf: Bauer.
Mit 27 Jahren Heirat. Frau gesund.
Descendenz: 3 Töchter (20, 16, 12 J.) leben, gesund,
1 Sohn, 7 J., lebt, gesund.

12. H a c., K., (B A J) Taglöhnerssohn, geb. 17. 6. 1871, 64 J., lebt.
Ascendenz: Vater: Potus,
die 5 lebenden Geschwister (2 Brüder, 3 Schwestern) neigten zu Kopfschmerzen.
Pat.: Entwicklung normal. Seit früher Jugend Kopfschmerzen; lernte in der Schule gut; Schreinerhandwerk; machte sich selbständig. 1 Jahr nach Eheschließung gehäufte epil. Anfälle. Von da ab Alkoholintoleranz; Pat. lebte deshalb sehr mäßig. Später neuropathische Beschwerden: Obstipation, Appetitlosigkeit.
1899 in hiesiger Klinik. Seit 1904 keine Anfälle mehr.
Beruf (seit 1904): Polizeiwachtmeister.
Mit 25 Jahren Heirat. Frau und deren Ascendenz gesund.
Descendenz: 1 Tochter, 38 J., lebt, gesund,
1 Tochter, 35 J., lebt, gesund, verh.,
1 Sohn, 34 J., lebt, gesund,
1 Sohn starb, 24 J. alt, an Lungentuberkulose; war psychisch gesund und epilepsiefrei.

13. H ä u., J., (B B P P Pri J) Wirtssohn, geb. 9. 8. 1876, 59 J., lebt.
Ascendenz: Frei von psychischen Anomalien, Epilepsie etc. und Potus.
Pat.: Mit 14 Jahren zunächst Schwindelanfälle; dann gelegentlich Schreikrämpfe. Schließlich Absencen und große epileptische Krampfanfälle mit Bewußtlosigkeit. Der Kranke wurde leicht erregbar und jähzornig. Gedächtnis hatte bereits erheblich nachgelassen, als Pat. 1899 in hiesige Klinik kam. Nach der Entlassung hatte er noch bis 1926 epil. Anfälle.
Beruf: Dienstknecht.
Mit 24 Jahren I. Ehe. Frau gesund, starb 1911;
Mit 36 Jahren II. Ehe. Frau gesund, starb 1929;
Mit 53 Jahren III. Ehe. Frau gesund.
Descendenz: 1 Tochter (aus II. Ehe) 32 J., lebt, gesund,
1 Sohn (aus II. Ehe) 31 J., lebt, gesund,
1 Sohn (aus III. Ehe 5 J., lebt, gesund.

14. Hil., G., (B A J) Taglöhnerssohn, geb. 7. 11. 1867, † 5. 9. 1912, 45 J., Lungentuberkulose.

Ascendenz: Mutter: geisteskrank (?),
1 Schwester: schwermütig.
Sonst Ascendenz angeblich frei von psychischen Anomalien, Epilepsie etc. und Potus.

Pat.: Seit der Eheschließung epil. Anfälle. Anschließende Verwirrtheitszustände, in denen Pat. betete, sang und weinte. Absencen. Zunehmende Gedächtnisschwäche. Schwerbesinnlichkeit. Wegen der Anfälle militärdienstfrei.
1903 zur Behandlung in hiesiger Klinik.
Beruf: Chirurg. Instrumentenmacher.
Mit 29 Jahren Heirat. Frau und deren Ascendenz gesund.
Descendenz: 2 Töchter, (38, 34 J.) leben, gesund, verh.

15. Höc., K., (B B P A J) Bauernsohn, geb. 28. 1. 1879, 56 J., lebt.

Ascendenz: Vater: Epilepsie und Potus,
Großmutter (väterlicherseits): Epilepsie,
1 Großtante (Schwester d. Großmutter väterlicherseits): Epilepsie,
1 Schwester dieser Großtante starb, 7 J. alt, an epileptischen Krämpfen,
1 Bruder (des Probanden): epil. Psychopath,
1 Schwester: epil. Psychopathin.

Pat.: Bettnässen alle Nacht 3 J. lang; bis zum 14. Lebensjahr hie und da. Während der Schulzeit Kopfschmerzen, Schwindel, Schwarzwerden vor den Augen. Mit 20 J. epil. Anfälle, militärfrei. Abnahme der geistigen Fähigkeiten. Verlangsamung und Umständlichkeit im Reden. Zunehmend reizbar und jähzornig. Von schwerer Körperverletzung exkulpiert.
1901 7 Monate in hiesiger Klinik. Wurde gebessert entlassen; hatte seither keine Anfälle mehr.
Beruf: Bauer.
Mit 27 J. Heirat. Frau und deren Ascendenz gesund.

Descendenz: 1 Knabe totgeboren, war letztes (9.) Kind,
1 Tochter (25 J.) lebt, phänotypisch frei, gebar mit 22 J. ein Mädchen (unehel.),
1 Tochter (24 J.), lebt, phänotypisch frei,
1 Sohn (22 J.), lebt, phänotypisch frei,
1 Sohn (29 J.), lebt, verh., d e b i l,
1 Sohn (28 J.), lebt, d e b i l,
1 Sohn (27 J.), lebt, zeugte im Alter von 22 Jahren mit seiner Schwester (X) einen Sohn, der heute 5¼ Jahre alt und „sehr schwächlich“ ist,
(X) 1 Tochter (21 J.), lebt, hochgradig d e b i l,
1 Tochter (16 J.), lebt, p s y c h o p a t h i s c h.

Sämtliche Kinder sind phänotypisch frei von Epilepsie etc.; dabei alle musikalisch über dem Durchschnitt begabt.

16. Kie., A., (B B B B A Pri J), geb. 17. 9. 1884, 51 J., lebt.

Ascendenz: Keine Geistes- und Nervenkrankheiten, kein Potus. Häufige Verwandtenehen.

Pat.: Bis zum 14. Lebensjahr gesund. 1898 erstmals Anfälle epileptischer Natur, die sich bald derart häuften, daß Pat. in seiner Arbeitsfähigkeit stark beeinträchtigt wurde.

1899 in hiesiger Klinik. Nach der Entlassung blieben die Anfälle bis heute aus.
Beruf: Weichenwärter.
Mit 35 Jahren Heirat. Frau und deren Ascendenz gesund. Ehe blieb kinderlos.

17. K i s., G., (B B J) Lehrerssohn, geb. 20. 7. 1865, † 20. 9. 1921, 56 J., Geschlechtskrank (lt. Leichenreg.).
Ascendenz: Vater war eigentümlicher Charakter, epileptoid. Sonst Familie frei.
Pat.: War stets kränklich; von jeher leicht aufgeregt und reizbar, mißtrauisch. Mit 34 Jahren erstmals epil. Anfälle. Erregungs- und Verwirrtheitszustände. Kurz vor seiner Aufnahme in die hiesige Klinik (1900) hatte Pat. einen Hund so verstümmelt, daß er mit 3 Wochen Gefängnis bestraft wurde. Pat. trank kaum, da er alkoholintolerant war.
Beruf: Kaufmann.
Mit 32 J. Heirat. Ehe wurde nach 7 Jahren geschieden.
Descendenz: 1 Sohn, 37 J., lebt, gesund, verh.,
1 Sohn, 35 J., lebt, gesund.

18. K ö t., G., (B B B A J) unehelich, geb. 28. 2. 1866, 69 J., lebt.
Ascendenz: unbekannt.
Pat.: Normale Entwicklung. Von Kindheit an (mit 5 Jahren) Absencen. Nach den Entwicklungsjahren Schwindelanfälle und Dämmerzustände, in denen Pat. impulsive Handlungen beging. Mit 34 Jahren erstmals typisch epil. Krampfanfälle. Seither Gedächtnisabnahme.
1907 in hiesiger Klinik. Heute keine Anfälle mehr.
Beruf: Gärtner, heute Heilkundiger.
Mit 26 Jahren I. Ehe. Blieb kinderlos, wurde geschieden.
Mit 35 Jahren II. Ehe.
Descendenz: 1 Sohn, 33 J., lebt, gesund,
1 Tochter, 26 J., lebt, gesund,
1 Sohn im 1. Lebensjahr †,
1 Knabe totgeboren.
Mit 62 Jahren III. Ehe.
Descendenz: 1 Tochter, 5 J., lebt, gesund.
Die Kinder aus beiden Ehen sind, bzw. waren zu Lebzeiten frei von psychischen Anomalien, Epilepsie etc. und Potus.

19. K ü m., G., (B P A J) Weberssohn, geb. 24. 2. 1861, Suicid (durch Erhängen) 4. 12. 1901, 40 J.
Ascendenz: Großvater (väterlicherseits): debil,
2 Onkel (Brüder des Vaters): debil.
Pat.: Ehelich geboren. Von jeher jähzornig. Galt als beschränkter und in seinen hemmungslosen Wutausbrüchen geistig gestörter Mensch. Lebte menschenscheu, zurückgezogen. Nach der Schule hielt er es nirgends aus, vagabundierte. Militärstrafen wegen unerlaubter Entfernung vom Truppenteil; Civilstrafen wegen Diebstahls und Körperverletzung. Ausgesprochene Absencen und Dämmerzustände. Wesensänderung epileptischer Natur, insbesondere Frömmelei. Schließlich Potus.
1901 in hiesiger Klinik.
Beruf: Taglöhner und Korbmacher.
Mit 39 Jahren Heirat. Frau: phänotypisch gesund. In der entfernten Verwandtschaft (?) 1 Epileptiker, 21 J. alt.
Descendenz: 1 Tochter, 44 J., lebt, ledig; hochgradig schwachsinnig, sexuell hemmungslos; z. Zt. tätig in der Kantine beim Bau der Reichsautobahn St.-D.

20. Mai., T., (B P A J) Wirtssohn, geb. 3. 4. 1876, † 18. 7. 1909, 33 J., Leberleiden und Wassersucht.
Ascendenz: Frei von Geistes- und Nervenkrankheiten und Potus.
Pat.: Mit 3 Jahren epil. Anfälle. Blieb nach der Schule zu Hause und wurde wegen seines Leidens militärfrei. Im Anschluß an die Anfälle stets aufgeregt, aggressiv, verwirrt. Potus. Pat. wurde wegen manisch gefärbter Erregungszustände (er sang, pfiff, tanzte, schrie und redete mit großem Pathos) 2 mal (1899, 1900) in hiesige Klinik eingewiesen.
Beruf: Bierbrauer und Landwirt.
Mit 25 Jahren Heirat. Frau gesund.
Descendenz: 1 Sohn, 33 J., lebt, gesund, Dr. jur., Regierungsrat,
1 Tochter, 32 J., lebt, gesund.

21. Min., A., (B Pri Pri) unehelich, geb. 18. 5. 1888, 47 J., lebt.
Ascendenz: Über den Vater und dessen Ahnenreihe keine Auskünfte;
Mutter: nervös, deren Familie sonst frei.
Pat.: Lange Zeit Enuresis nocturna. Mit 11½ Jahren epil. Anfälle. Klagen über häufiges Kopfweh und Schwindel.
1902 in hiesiger Klinik; später noch wiederholt epil. Anfälle.
Beruf: Bäcker.
Mit 30 Jahren Heirat.
Descendenz: 2 Söhne (16, 12 J.), leben,
2 Töchter (13, 7 J.), leben.
Die Kinder leiden bis jetzt nicht an Epilepsie etc. Auch von sonstigen Anomalien ist nichts bekannt.

22. Pre., H., (B A A A J) unehelich, geb. 8. 4. 1851, bis zum 54. Lebensjahre verfolgt.
Ascendenz: Großvater (mütterlicherseits): Potus,
Großmutter (mütterlicherseits): senile Demenz,
1 Großonkel (Bruder der Großmutter mütterlicherseits): Potus;
Pat. hatte 3 uneheliche Geschwister.
Ascendenz des Erzeugers unbekannt.
Pat.: Mit 10 Jahren Erziehungsanstalt. Mit 18 Jahre epil. Anfälle; der Kranke ging auf Wanderschaft. Wurde zwischendurch zum Militär eingezogen; desertierte; erhielt 6 Monate Gefängnis. Wurde wegen der epil. Anfälle vom Heer entlassen. Wanderte nach Dänemark, heiratete dort eine Schneiderin; aus dieser Ehe 3 Kinder. Nach 7 Jahren verließ er Frau und Kinder, kehrte nach Deutschland zurück. In der Folgezeit ausgesprochener Wandertrieb: Pat. wechselte in seinem Aufenthalt zwischen Korrektionshaus (1 × für 2 Jahre), Haft (7 ×), Gefängnis (6 ×), Zuchthaus (1 × wegen Notzucht für 4 Jahre) und Irrenanstalt (5 ×). Kaufte sich 1898 ein Los der Roten-Kreuz-Lotterie und gewann 16 000 Mark. Gründete in Flensburg ein Geschäft, hielt aber nicht durch. Pat. wurde typischer Krankenhausbummler. 1901: Schleswig — Hadersleben — Jels (Armenanstalt) — Schleswig — Maria-Linden in Westf. (Epileptikeranstalt) — Maria Veen (Arbeiterkolonie) — Bethel — Marburg an der Lahn (Med. Klinik) — Nauheim — Karlsruhe — Calw — Stuttgart. 1902: Lengerich in Westf. (Heilanstalt) — Münster — Geseke in Westf. — Maria Veen (Arbeiterkolonie) — Fürstenau — Quakenbrück — Ehrenbreitstein — Heddersdorf (Rhld.). 1903: Ricklingen in Holstein (Arbeiterkolonie) Januar bis Juni 1903 — Bremen — Gwistringen — Essen-Borbeck (Arbeiterkolonie) für 2 Tage — Düsseldorf — Heddersdorf (Rhld.) — Bad Ems — Diez an der Lahn — Sayda bei Halle (Arbeiterkolonie) — Jüterbogk

— Brandenburg (Arbeiterkolonie) — Neulüdersheim bei Wesel — Wesel — Tübingen.
1903 in hiesiger Klinik.
Beruf: Schneider.
Mit 26 Jahren Heirat.
Descendenz: 2 Töchter (23, 19 J.), lebten (1903), waren gesund, als Sprachlehrerinnen in Wien bzw. Baden-Schweiz tätig,
1 Sohn hatte sich (vor Erreichung des 20. Lebensjahres) erschossen.

23. Rei., E. (B B A A A G Pri) Kanzlistensohn, geb. 12. 6. 1878, † 18. 5. 1914, 36 J., Lungentuberkulose.
Ascendenz: Frei von psychischen Anomalien, Epilepsie etc. und Potus.
Pat.: Bis zum 3. Lebensjahr Bettnässen; sonst normale Entwicklung. Mit 12 Jahren Typhus. Anschließend fiel dem Kranken das Lernen schwer; er mußte von der Realschule zur Volksschule zurück. Kam dann in die Lehre. Mit 19 Jahren Dämmerzustände; Bewußtseinstrübungen; Absencen. Aber keine klassischen großen epil. Anfälle. In der Folgezeit lief Pat. planlos umher. Trunksucht bei Alkoholintoleranz. Während eines epil. Dämmerzustandes von 1 Monat Dauer 6 Brandstiftungen in den verschiedensten Gegenden Württembergs. Kam zur Beobachtung in die hiesige Klinik. Vor Gericht exkulpiert, wurde er ungeheilt in die Heilanstalt W. überführt, von dort aber nach 4 Wochen entlassen. Später kein Aufenthalt mehr.
Beruf: Malermeister.
Mit 25 Jahren Heirat. Frau und deren Ascendenz gesund.
Descendenz: 1 Sohn, 30 J., lebt, gesund, verh.,
1 Tochter, 27 J., lebt, gesund.

24. Rud., J., (B A J) geb. 6. 9. 1858, 77 J., lebt.
Ascendenz: Vater: reizbar, nervös,
Mutter: hysterisch, hatte Schreikrämpfe,
Pat. hatte 5 Geschwister: 1 Bruder † an Diabetes insipidus; 1 Bruder hatte epil. Anfälle und Nachtwandeln; 1 Schwester war immer kränklich; 1 Schwester aufgeregt, nervös. Nur 1 Geschwister gesund.
Pat.: Von Jugend auf schwächlich; lernte schwer. Im 12. Lebensjahr Schwindelanfälle; mit 16 Jahren epil. Krampfanfälle. Verstimmungszustände; erhöhte Reizbarkeit. Alkoholintoleranz.
1907 in hiesiger Klinik. Nach Entlassung traten die Anfälle angeblich nicht mehr auf.
Beruf: Landwirt.
Mit 26 Jahren Heirat.
Descendenz: 4 Kinder leben, sind phänotypisch frei von Geistes- und Nervenkrankheiten, insbesondere Epilepsie etc. und Potus.

25. Schä., J., (B J J) Bauernsohn, geb. 10. 1. 1862, † 4. 3. 1916, 54 J., im epil. Anfall erstickt.
Ascendenz: Vater: Epilepsie,
Mutter: Hysterie,
1 Bruder: Epilepsie.
Pat.: Mit 22 Jahren, als Pat. beim Militär war, epil. Anfälle, die alle 3 Wochen wiederkehrten. Schließlich Demenz; Erwerbsunfähigkeit.
Beruf: Taglöhner.
Mit 51 Jahren Heirat. Frau (Witwe mit 59 Jahren) und deren Ascendenz gesund.
Ehe war kinderlos.

26. Schm., P., (B A J) Schultheißensohn, geb. 10. 8. 1865, † 14. 9. 1903, 38 J., Pneumonie.
Ascendenz: 3 Geschwister klein an Krämpfen †; sonst Familie frei von psychischen Anomalien, Epilepsie etc. und Potus.
Pat.: Mit 19 Jahren epil. Anfälle, an die sich hochgradige Verwirrtheits- und Erregungszustände anschlossen. Suicidandrohung. Geistiger Zerfall bis zur Demenz. 1903 in hiesiger Klinik.
Beruf: Schuhmacher.
Mit 30 Jahren Heirat. Frau und deren Ascendenz gesund.
Descendenz: 2 Söhne (45, 32 J.), leben, gesund, verh.,
1 Tochter starb, 11 Tage alt,
2 Söhne starben, 2½ Monate bzw. 20 Tage alt,
1 Kind totgeboren.
Die Kinder sind bzw. waren zu Lebzeiten frei von Krämpfen jeder Art und sind bzw. waren psychisch normal.

27. Schn., J., (B A J), Taglöhnerssohn, geb. 26. 9. 1880, 55 J., lebt.
Ascendenz: Frei von Geistes- und Nervenkrankheiten, insbesondere Epilepsie etc. und Potus.
Pat.: Mit 19 Jahren nach schwerer Auseinandersetzung mit dem Vater 1. epil. Anfall. In der Folgezeit gehäuftes Auftreten, schließlich 3—4 mal täglich. Langwierige Verwirrtheitszustände. Nachlaß in Gedächtnis und Kritik. Arbeitsunfähigkeit. 1901 in hiesiger Klinik. Ungeheilt in die Heilanstalt W. überführt. Dort gebessert entlassen.
Beruf: Taglöhner.
Mit 27 Jahren Heirat. Frau und deren Ascendenz gesund.
Descendenz: Ehe blieb kinderlos.

28. Schöll., A., (B A A A J J) Kaufmannssohn, geb. 6. 8. 1868 ?
Ascendenz: Vater: nervös, aufgeregt,
1 Onkel (Bruder d. Mutter): Potus; wegen einer Alkoholpsychose in einer Anstalt,
Pat. hatte 6 Geschwister (4 Brüder, 2 Schwestern); alle waren nervös, aufgeregt, wie der Vater. 1 Bruder beging mit 22 Jahren Suicid, 1 Schwester war hysterisch.
Pat.: War stets sehr aufgeregt, jähzornig, eigensinnig; dabei mäßig begabt. Epileptische Dämmerzustände und Absencen. Seit der Eheschließung trank Pat. mehr als üblich und wurde zusehends wesensverändert. War in der Folgezeit sexuell sehr anspruchsvoll, trieb dabei fortgesetzt Onanie. Mit 34 Jahren erstmals schwere epil. Anfälle. Erregungszustände, Halluzinationen, Personenverkennung. Der Kranke wurde gewalttätig und aggressiv.
1904 in hiesiger Klinik; wurde in die Heilanstalt R. überführt und nach 10monatigem Aufenthalt gebessert entlassen. Seit 1911 als Siedler in der früheren Provinz Posen.
Beruf: Gutsbesitzer.
Mit 28 Jahren Heirat. Frau gesund.
Descendenz: 1 Sohn, 35 J., debil.

29. Scholl, F., (B B P A A Pri) Straßenwärterssohn, geb. 4. 8. 1873, † 26. 8. 1934, 61 J., Herzleiden.
Ascendenz: Vater: Potus,
1 Bruder: geisteskrank (?),
1 Neffe: geisteskrank (?).

Pat.: Als Kind Gichter; mit 10 Jahren epil. Anfälle. Allmählich typische Wesensänderung: der Kranke wurde reizbar, jähzornig. Dämmerzustände. 1900, 1902 und 1903 in hiesiger Klinik. Später in der Heilanstalt G.
Beruf: Eisengießer.
Mit 24 Jahren I. Ehe. Frau und deren Ascendenz gesund.

Descendenz: 1 Sohn, 39 J., lebt, gesund, verh.,
2 Töchter (31, 29 J.), leben, gesund,
3 Töchter (2½, 3½, 3½ Monate) starben, die dritte von diesen an Pneumonie,
1 Tochter starb mit 12 Jahren an Lungentuberkulose,
1 Sohn fiel, 19 Jahre alt,
1 Sohn starb, 5 Tage alt,
1 Tochter, 23 J., lebt, d e b i l, war in einer Schwachsinnigenanstalt,
1 Sohn, 28 J., lebt, verh., leidet an epileptischen Verstimmungszuständen.

I. Ehe wurde geschieden.
Mit 52 Jahren II. Ehe.

Descendenz: 1 Knabe totgeboren,
1 Sohn starb, 1 Tag alt,
1 Sohn , 6 J., lebt, gesund.

30. S c h ö n., F., (B B P A J) Buchhalterssohn, geb. 27. 2. 1868, 67 J., lebt.

Ascendenz: Frei von Geistes- und Nervenkrankheiten, insbesondere Epilepsie etc. und Potus.

Pat.: Normale Entwicklung. Mit 28 Jahren nach Streit und heftiger Aufregung erstmals epil. Anfälle, die bald sehr gehäuft auftraten. Anschließend war Pat. ängstlich, verwirrt, bewußtseinsgetrübt. Seit dem 1. Anfall datierte Alkoholintoleranz. Zunehmend wurde der Kranke schreckhaft und erregbar, im Ausdruck klebrig, schwerbesinnlich.
1901 im Bürgerhospital zu St. und in hiesiger Klinik.
Beruf: Sattler.
Mit 34 Jahren Heirat. Frau und deren Ascendenz gesund.

Descendenz: 1 Sohn, 33 J., lebt, gesund; „nur etwas einsilbig und in sich gekehrt".
1 Tochter, 28 J., lebt, gesund, verh.

31. S c h ö t., H., (B B A Pri J) geb. 21. 7. 1878, 57 J., lebt.

Ascendenz: Frei von Geistes- und Nervenkrankheiten, insbesondere Epilepsie etc. und Potus.

Pat.: Als Kind Gichter. Bis zum 14. Lebensjahr normale Entwicklung. Dann plötzlich Wutanfälle, in denen er um sich schlug, biß und kratzte. Diese Zustände traten täglich auf. Deshalb 5 Wochen in der Heilanstalt G. Von dort kam Pat., da man Hysterie annahm, in das Kneippbad J. und wurde nach längerem Aufenthalt anfallsfrei entlassen. 1895 zog sich Pat. in der Lehre starke Quetschung eines Fingers zu und bekam kurz darnach typisch epileptische Krampfanfälle; der Kranke wurde zunehmend erregbar, gereizt und gewalttätig und kam zur Behandlung auf Epilepsie 1895/96 in hiesige Klinik. Nach der Entlassung sollen keine Anfälle mehr aufgetreten sein.
Beruf: Goldarbeiter.
Mit 28 Jahren Heirat. Frau und deren Ascendenz gesund.
Descendenz: 5 Kinder leben, sind gesund.

32. Schü., R., (B B B B B A J) Lehrerssohn, geb. 1. 2. 1885, † 17. 8. 1926, 41 J., Suicid durch Gasvergiftung.

Ascendenz: Großmutter (väterlicherseits): in höherem Alter schwermütig. Sonst Familie frei von psych. Anomalien, Epilepsie etc. und Potus.

Pat.: Als Kind starke Gichter. Nachtwandeln. Mit 16 Jahren Dämmerzustände und Wandertrieb. Pat. ging dann 3—8 Tage von Hause fort. 2 × Suicidversuch durch Ertränken. Nach Spannungslösung war der Kranke jedesmal völlig amnestisch. Beim Militär lief Pat. plötzlich fort, meldete sich nach 6 Tagen ohne Erinnerung an das Vorgegangene wieder, hatte dabei beide Beine erfroren, sodaß sie amputiert werden mußten.
1908 in hiesiger Klinik.
Beruf: Kunstmaler.

Mit 31 Jahren Heirat. Frau gesund.

Descendenz: 1 Kind starb, 1½ J. alt, an Herzlähmung,
2 Töchter (20, 19 J.), leben, gesund.

Die Kinder sind bzw. waren zu Lebzeiten frei von psychischen Anomalien, Epilepsie etc.

33. Ulm., J., (B P A J) Bauernsohn, geb. 6. 8. 1872, 63 J., lebt.

Ascendenz: Vater und Mutter waren Geschwisterkinder,
Mutter: debil,
Großvater (mütterlicherseits): Epilepsie.

Pat.: War von klein auf geistig zurückgeblieben. Seit dem 10. Lebensjahr epil. Anfälle. Der Schwachsinn nahm zu; Pat. wurde völlig kritik- und hemmungslos. Mit 28 Jahren Sittlichkeitsverbrechen. Kam zur Begutachtung. 1901 in hiesige Klinik. Vor Gericht exkulpiert.
Beruf: Bauer.

Mit 31 Jahren Heirat. Ob die Ehefrau geno- und phänotypisch gesund war, erscheint zweifelhaft (genaue Angaben darüber waren nicht zu erhalten).

Descendenz: 1 Sohn starb im Alter von 7 Monaten; Todesursache unbekannt. Krämpfe oder Gichter hatte er nicht.

Die 4 lebenden Söhne sind epileptoide Psychopathen. „Sie machen einen zerfahrenen, unruhigen, unsteten Eindruck." Sie „weichen von der Norm des geistig und moralisch gesunden Menschen ab und neigen zu Eigentumsdelikten".
1 Sohn, 31 J., lebt, verh.,
1 Sohn, 27 J., lebt, verh., vorbestraft wegen Eigentumsdelikten,
2 Söhne (25, 16 J.), leben.

34. Wei., F., (B A J) Mesnerssohn, geb. 27. 2. 1848, † 15. 4. 1918, 72 J., Altersschwäche.
Ascendenz: Frei von Geistes- und Nervenkrankheiten und Potus.
Pat.: Ob Pat. bereits in seiner Jugend an Krämpfen litt, war nicht festzustellen. Einige Jahre nach Eheschließung epil. Anfälle, die täglich bis zu 12 mal auftraten. Anschließend war Pat. stets gereizt und wurde aggressiv; Verstimmungszustände.
Deshalb 1897 und 1898 in hiesiger Klinik. Wurde gebessert entlassen; ob er späterhin anfallsfrei blieb, ist nicht bekannt.
Beruf: Bahnarbeiter.
Heirat mit 26 Jahren.

Descendenz: 1 Tochter, 53 J., lebt, gesund, verh., geschieden, wieder verh., 6 Kinder (4 Mädchen ,davon 1 unehelich, 2 Knaben) starben nach wenigen Tagen.
Die verstorbenen Kinder hatten keine Krämpfe.

35. Wes., E., (B A J) geb. 18. 10. 1877, † 14. 3. 1921, 54 J., im Status epilepticus.
Ascendenz: Frei von Geistes- und Nervenkrankheiten und Potus.
Pat.: Normale Entwicklung. Kurz vor der Eheschließung mit 27 Jahren, der 1. epil. Anfall, ½ Jahr nach der Heirat erneut Anfälle, die gehäuft wiederkehrten. Pat. wurde zunehmend erregbar, gewalttätig. Gedächtnisschwäche.
1909 in hiesiger Klinik. Wurde ungeheilt in die Heilanstalt W. überführt und starb dort.
Beruf: Schmied.
Mit 28 Jahren Heirat. Frau gesund.
Descendenz: 2 Kinder leben, sind frei von psychisch-nervösen Erbmängeln und Potus.

Weibliche Probanden.

Verheiratet. Erblichkeitsverhältnisse bei den Kindern bekannt.

F. 1. Duk., W., (B A J) Maurermeisterstochter, geb. 5. 6. 1855, † 15. 5. 1917, 62 J., Herzschwäche bei gehäuften Anfällen.
Ascendenz: Nicht genau bekannt; soweit zu erfahren, frei.
Pat.: Im 16. Lebensjahr traten gleichzeitig mit Beginn der Periode epil. Anfälle auf, die alle 4 Wochen wiederkehrten und in der Ehe sich häuften. Verwirrtheits- und Dämmerzustände, intellektuelle Schwäche.
1904, 1906 und 1907 in hiesiger Klinik. Später in der Heilanstalt W., wo sie 1917 starb.
Mit 34 Jahren (auf Anraten des Arztes?) Heirat.
Mann: Schuhfabrikarbeiter.
Descendenz: Ehe blieb kinderlos.

F. 2. Epp, F., (B A J) Weberstochter, geb. 7. 1. 1861, † 2. 7. 1930, 69 J., im Status epilepticus.
Ascendenz: Vater starb, 77 J. alt, an Apoplexie,
Mutter starb, 65 J. alt, an Magenkrämpfen.
Von 8 Geschwistern der Pat. starben 7 in den ersten Lebensjahren (2 an Gichtern, 1 an Nervenfieber, 1 an Abzehrung, 1 an Ruhr), 1 Bruder lebt, gesund.
Pat.: Gegen Ende ihrer 1. Schwangerschaft (1892) epil. Anfälle. Traten zunächst in großen Zeitabständen, bis zu 1 Jahr auf, späterhin häufiger. Nach den Anfällen war Pat. jedesmal verstimmt und gereizt; zeigte sonst keine Veränderung.
1907 in hiesiger Klinik, gebessert entlassen.
Mit 21 Jahren Heirat. Mann: Taglöhner; gesund; seine Ascendenz desgleichen.
Descendenz: 3 Kinder leben, sind gesund,
1 Sohn fiel, war gesund.

F. 3. G a n., W., (B A J) Weberstochter, geb. 25. 10. 1870, † 16. 5. 1909, 39 J., im Status epilepticus.
Ascendenz: Frei von Geistes- und Nervenkrankheiten und Potus.
Pat.: Normal entwickelt, aber von jeher eigensinnig. Dauernd wechselnd in der Stimmung. Während der ersten Gravidität (mit 19 Jahren) epil. Anfälle, die auch post partum weiterbestanden. Meist nachts, gehäuft zur Zeit der Menses. Intellektuelle und ethische Defekte (Egoismus, Lügenhaftigkeit). Trunksucht; schließlich Demenz.
1908 von hiesiger Klinik in die Heilanstalt P. überführt; starb dort.
Mit 23 Jahren Heirat. Mann: Fabrikarbeiter; gesund; ebenso dessen Ascendenz.
Descendenz: 1 Mädchen (unehelich) starb, 9 Tage alt (?),
2 Töchter (41, 40 J.), leben, gesund.
Bei den Kindern keine psychischen Anomalien, keine Epilepsie etc., kein Potus.

F. 4. G e r., Ch., (B B B P A J) Maurerstochter, geb. 21. 12. 1844, † 25. 3. 1911, 67 J., Altersschwäche.
Ascendenz: Frei von Geistes- und Nervenkrankheiten und Potus.
Pat.: Normale Entwicklung. Einige Jahre nach Eheschließung (mit 37 J.) bekam Pat. epil. Anfälle. Rasch Gedächtnisschwäche und schließlich völlige Demenz. Nach den Anfällen war die Kranke hochgradig erregt, vor allem sexuell, dabei gemeingefährlich. Anstaltspflegebedürftig. In den anfallsfreien Zeiten geordnet, ruhig, aber teilnahmslos.
War längere Zeit in der Landarmenanstalt R. 1898 (2 mal) und 1908 vorübergehend in hiesiger Klinik. Wurde ins Gutleuthaus T. entlassen und von dort der Heilanstalt W. zugeführt, wo sie starb.
Mit 23 Jahren Heirat. Mann: Maurer; gesund; dessen Ascendenz ebenfalls frei.
Descendenz: 2 Söhne (69, 53 J.), leben, gesund, verh.,
1 Tochter (65 J.), lebt, gesund, verh.,
1 Sohn starb, 46 J. alt, durch Unfall,
1 Sohn starb, 5½ J. alt (?),
1 Tochter starb, 5 Wochen alt,
6 Totgeburten.
Descendenz frei von psychischen Anomalien, Epilepsie etc. und Potus.

F. 5. G r a., R., (B A Pri J) Zieglerstochter, geb. 4. 9. 1860, † 15. 10. 1904, 44 J., im Status epilepticus.
Ascendenz: 1 Bruder: geisteskrank (?),
sonst Ahnenreihen frei.
Pat.: „½ Jahr nach der Hochzeit" epil. Anfälle, besonders zur Zeit der Periode. Allmählich typische Wesensänderung: Die Kranke frömmelte, wurde reizbar und aggressiv. Gedächtnisschwäche. Wegen Suicidabsichten 1904 in hiesiger Klinik.
Mit 36 Jahren Heirat. Mann: Schreiner; gesund: seine Ascendenz desgleichen.
Descendenz: 2 Knaben totgeboren,
1 Tochter, 22 J., ledig, starb an Lungentuberkulose und Wirbelcaries.

F. 6. G u n., Ch., (B B B A A J) Weberstochter, geb. 22. 1. 1870, † 1. 4. 1902, 32 J., Herzfehler.
Ascendenz: Frei von psychischen Anomalien, Epilepsie etc. und Potus.
Pat.: Kurz nach der Eheschließung (1893) gehäuft epil. Anfälle. Die

Kranke wurde zunehmend erregt, aggressiv. Lief planlos von Hause fort und trieb gewerbsmäßige Unzucht. Schließlich Demenz.
1896/97 in der Epileptikeranstalt St. und 1899 von hiesiger Klinik ungeheilt in die Heilanstalt W. überführt, wo sie starb.
Mit 26 Jahren Heirat. Mann war Potator, verließ nach 4jähriger Ehe seine Frau, wurde straffällig.
Descendenz: 1 Kind starb im 1. Lebensjahr an Diphtherie; war frei von epil. Krämpfen oder Gichtern.

F. 7. Hei., A., (B Pri J) Weingärtnerstochter, geb. 4. 6. 1856, † 8. 6. 1933, 77 J. ?
Ascendenz: weist eine Reihe jähzorniger, unüberlegter Naturen auf. Genaues war nicht festzustellen.
Pat.: Seit dem 12. Lebensjahr epil. Krämpfe, die seit der Eheschließung regelmäßig 2—3 Tage vor der Periode auftraten. Epil. Wesensänderung: Hochgradige Erregbarkeit, Reizbarkeit, Wut- und Zornesausbrüche, Suiciddrohungen. Alkoholintoleranz, kein Mißbrauch. Gedächtnisschwäche, schließlich Demenz.
1895 2 mal in hiesiger Klinik.
Mit 25 Jahren Heirat. Mann: Weingärtner; gesund; seine Ascendenz desgleichen.
Descendenz: 1 Tochter (49 J.), lebt, gesund,
2 Söhne (52, 43 J.), leben, gesund, verh.,
1 Sohn, 38 J., lebt, gesund,
1 Tochter starb, 47 J. alt, an Magenleiden und Asthma, war gesund.

F. 8. Hos, W., (B A Pri J) Bauerntochter, geb. 1. 11. 1862, † 2. 4. 1919, 57 J., im Status epilepticus.
Ascendenz: Frei von Geistes- und Nervenkrankheiten und Potus.
Pat.: Litt seit dem 15. Lebensjahr an epil. Anfällen, die meist nachts auftraten; durchschnittlich alle 14 Tage bis 3 Wochen. Nach der Eheschließung gehäuftes Auftreten, besonders vor der Periode. Allmählich Gedächtnisschwäche, akustische Halluzinationen.
1898 in hiesiger Klinik. Pat. hatte bis zum Tode epil. Anfälle, war deswegen später in der Heilanstalt W. und starb in der Heilanstalt R.
Mit 27 Jahren Heirat. Mann: Weingärtner; gesund; seine Ahnenreihen desgleichen.
Descendenz: 1 Sohn fiel, 24 J. alt, war gesund,
1 Knabe bekam kurz nach der Geburt epil. Anfälle und starb im Alter von 4 Monaten,
1 Knabe, geboren in der Heilanstalt W., hatte von Geburt an epil. Krämpfe und starb, 5 Tage alt.

F. 9. Kai., W., (B A J) geb. 8. 10. 1862, † 28. 4. 1918, 56 J., Apoplexie.
Ascendenz: Vater: debil,
Mutter starb früh (Ursache unbekannt),
1 Schwester war phänotypisch gesund; hatte 2 Töchter; 1 von diesen litt an Epilepsie, die 2. war wegen Schwachsinns über 20 Jahre in einer Heilanstalt,
3 Brüder waren gesund; auch sonst war Familie frei.
Pat.: Normal entwickelt. Nach 8jähriger Ehe (mit 38 Jahren) ohne besondern Anlaß Absencen, bald typisch epilept. Anfälle. Wesensänderung; Pat. wurde aufgeregt, reizbar; dabei ihrer Umgebung gegenüber teilnahmslos. Gedächtnis ließ rapide nach, schließlich ausgesprochene Demenz.

Mit 30 Jahren Heirat. Mann: Bäckermeister; gesund; seine Ascendenz desgleichen.
Descendenz: 1 Sohn, 43 J., lebt, gesund.

F. 10. K l e., K., (B P A Pri J) Oberamtsdienerstochter, geb. 1. 7. 1870, † 12. 2. 1906, 36 J., Suicid durch Ertränken.
Ascendenz: Vater: Potus,
sonst in den elterlichen Ahnenreihen keine psychischen Anomalien, Epilepsie etc. und Potus.
Pat.: Im Alter von 11 Jahren, kurz vor Eintritt der Periode, epil. Anfälle, die zur Zeit der Menses gehäuft auftraten. In der Zwischenzeit auch Absencen. Dämmerzustände. Mehrere Suicidversuche.
Deshalb 1902 Aufnahme in die Klinik. Gebessert entlassen; jedoch später erneut Anstaltsaufenthalt in G. Anfälle bis zum Tode.
Mit 20 Jahren Heirat. Mann: Uhrmacher; gesund.
Descendenz: 1 Knabe starb, 4 Monate alt, an Pneumonie; hatte zu Lebzeiten keine Krämpfe.

F. 11. K o c., O., (B B P J) Schreinerstochter, geb. 4. 10. 1875, † 3. 7. 1921, 46 J., im Status epilepticus.
Ascendenz: Frei von psychischen Anomalien, Epilepsie etc. und Potus.
Pat.: Als Kind sehr schwächlich, jedoch unauffällig. War stets unselbständig und blieb anlehnungsbedürftig. Mit 25 Jahren erstmals epil. Anfälle. Bald Wesensänderung; die Kranke wurde reizbar und gewalttätig. War ständig in Behandlung und kam 1905 in die hiesige Klinik. Wurde ungeheilt entlassen und später in die Heilanstalt W. aufgenommen, wo sie starb.
Mit 23 Jahren Heirat. Mann: Kaufmann; gesund; ebenso dessen Ascendenz.
Descendenz: Ehe blieb kinderlos, wurde nach 10 Jahren geschieden.

F. 12. K ü h., K., (B A A J) geb. 4. 1. 1868, † 28. 5. 1899, 31 J., Magenulcus.
Ascendenz: Frei von Geistes- und Nervenkrankheiten und Potus.
Pat.: Litt seit ihrer Jugend an epil. Anfällen, die alle 3—4 Monate auftraten, später vor oder gleichzeitig mit der Periode. Die Kranke wurde zunehmend „stupide und starrköpfig".
1898 in hiesiger Klinik. Pat. hatte Anfälle bis zum Tode.
Mit 23 Jahren Heirat. Mann: Schuhmacher; gesund; in seiner Ascendenz ebenfalls keine psychischen Leiden, Epilepsie oder dergleichen.
Descendenz: 1 Knabe starb, 2½ Monate alt, an Durchfall,
1 Mädchen starb, 4½ J. alt, Kinderkrankheit,
1 Sohn, 44 J., lebt, gesund,
1 Tochter, 43 J., lebt, gesund, verh.,
1 Tochter, 40 J., lebt, verh., war 1931 in einer Bonner Klinik und bei uns wegen eines postencephalitischen Parkinsonismus.
Sonst sind bzw. waren zu Lebzeiten die Kinder frei von psychischen Leiden, Epilepsie etc. und Potus.

F. 13. O t t, M., (B P A J) Steinhauermeisterstochter, geb. 3. 9. 1883, 52 J., lebt.
Ascendenz: 1 Vetter (Sohn eines Onkels väterlicherseits) hatte eine endogene Depression, endete durch Suicid;
1 Sohn dieses Vetters endete gleichfalls durch Suicid;
1 Tochter dieses Vetters litt an endogener Depression.
Sonst Familie frei.

Pat.: Bis zum 21. Lebensjahr frei. Anläßlich der Lösung einer Verlobung epil. Krampfanfall. Nach 14tägiger Pause traten die Anfälle gehäuft auf; Dauer jedes Mal 3—4 Stunden. Später täglich durchschnittlich 5 Anfälle von kurzer Dauer. Angstzustände.
1904 in hiesiger Klinik.
Mit 26 Jahren Heirat. Mann gesund; dessen Ascendenz ebenfalls.
Descendenz: 1 Kind starb, 6 Wochen alt, an Gichtern und Krämpfen,
3 Kinder leben, sind gesund.

F. 14. Sche., A., (B B P A A J) Kaminfegermeisterstochter, geb. 23. 3. 1871, † 19. 5. 1912, 41 J., im Status epilepticus.

Ascendenz: Vater geisteskrank (?), sonst Familie frei von Geistes- und Nervenkrankheiten und Potus.

Pat.: Normale Entwicklung. Kurz nach der Eheschließung während der 1. Gravidität gehäuft epil. Anfälle (1—2 mal täglich). Nach der Geburt blieben sie — geringer an Zahl — bestehen. Nach den Anfällen war Pat. verstimmt, gereizt und aggressiv. Gedächtnis ließ nach. Rapider Verfall der Persönlichkeit.
1907 in hiesiger Klinik. Wurde ungeheilt in die Heilanstalt W. überführt und starb dort.
Mit 26 Jahren Heirat. Mann: Kaminfegermeister; gesund; ebenfalls seine Ascendenz.

Descendenz: 1 Sohn, 37 J., lebt, gesund, verh.,
2 Knaben starben (2, 2 Monate alt) an Skrofulose bzw. Brechdurchfall (lt. Leichenreg.); hatten keine Krämpfe.

F. 15. Schi., A., (B B B A Pri J) Wirtstochter, geb. 19. 5. 1867, † 29. 7. 1927, 60 J., Kräfteverfall.

Ascendenz: Vater: Potus,
1 Tante (Schwester d. Mutter): Epilepsie.
Sonst Familie frei.

Pat.: Normale Entwicklung. Nach 6jähriger Ehe (mit 36 Jahren) wurde Pat. zusehends langsamer, phlegmatischer, nachlässiger und bekam plötzlich epil. Anfälle, die fast täglich auftraten. Pat. wurde reizbar; sie hatte Zustände von Verwirrtheit. Geistige Interessen und Fähigkeiten nahmen ab.
1908 in hiesiger Klinik.
Mit 30 Jahren Heirat. Mann: Reichsbahnoberinspektor; gesund; seine Ascendenz desgleichen.
Descendenz: 2 Töchter (37, 36 J.), leben, gesund,
1 Sohn, 34 J., lebt, gesund,
1 Sohn starb, 8 Monate alt, an Lebensschwäche.

F. 16 Schm., B., (B J) Bauerntochter, geb. 5. 11. 1868, 67 J., lebt.

Ascendenz: 1 Vetter (Sohn einer Tante mütterlicherseits): geisteskrank (?).
Sonst Ahnenreihen frei.

Pat.: In der Jugend normale Entwicklung. Mit 23 Jahren epil. Anfälle. Gleichzeitig mit der 1. Schwangerschaft. Dämmerzustände, Depressionen. Alkoholintoleranz.
1909 war Pat. wegen ihrer Anfälle und einer schweren endogenen Depression in hiesiger Klinik.
Mit 40 Jahren Heirat. Mann: Bauer; gesund; seine Ascendenz desgleichen.

Descendenz: 1 Sohn (unehelich), 44 J., lebt, gesund,
1 Tochter (unehel.), 34 J., lebt, gesund, verh.,
1 Tochter, 26 J., lebt, gesund, verh.

F. 17. Wai., F., (B B B B P A A Pri J) Fuhrmannstochter, geb. 31. 10. 1850, † 5. 1. 1920, 70 J., Altersschwäche.
Ascendenz: unbekannt.
Pat.: Bis zur Eheschließung war Pat. frei. In der Ehe zunächst gelegentlich Ohnmachten und Absencen, später auch epil. Krampfanfälle, die bei gleichzeitigem erheblichem Alkoholabusus rasch zur Demenz führten.
1903 Klinikaufenthalt.
Mit 32 Jahren Heirat. Mann: Weingärtner; gesund; seine Ascendenz ebenfalls.
Descendenz: 1 Mädchen im 1. Lebensjahr †,
1 Tochter starb, 49 J. alt, an Pneumonie; „sie war langsam und umständlich in der Arbeit und konnte nirgendwo auch nur kurze Zeit tätig sein". War ledig in einem Bruderhaus untergebracht.
2 Söhne (52, 47 J.), leben, gesund, verh. 1 von diesen Söhnen (52) hat 2 Söhne, von denen der eine ein epileptoider Psychopath ist; der zweite ist taubstumm (nach Scharlach).
Bei den Kindern keine ausgesprochenen Geistes- und Nervenkrankheiten, kein Potus.

Weibliche Probanden.

Unverheiratet. Erblichkeitsverhältnisse bei den Kindern bekannt.

F. 18. Roo., L., (B A Pri Pri J) Weberstochter, geb. 27. 10. 1872, † 20. 3. 1908, 30 J., Tuberkulose.
Ascendenz: Unter 60 Mitgliedern der elterlichen Ahnenreihen keine Geistes- und Nervenkrankheiten, kein Potus. Patientin ist das 3. von 5. Geschwistern. Ihre Geschwister und deren Kinder sind gesund.
Pat.: Litt seit dem 7. Lebensjahr an gehäuften epil. Krampfanfällen, die bald zu hochgradigem Schwachsinn führten. Die Kranke wurde zunehmend böswillig und aggressiv gegen ihre Umgebung.
1904 in hiesiger Klinik; wurde ungeheilt in eine Heilanstalt überführt und starb dort.
Descendenz: 1 Knabe (in der hiesigen Klinik geboren) starb, 4 Wochen alt. „Das Kind schrie Tag und Nacht, hatte epil. Krämpfe."

F. 19. Schl., R., (B P J) Forstwegwartstochter, geb. 20. 5. 1874, † 15. 6. 1921, 47 J., im Status epilepticus.
Ascendenz: Frei von psychischen Anomalien, Epilepsie etc. und Potus.
Pat.: Bis zu 14 Jahren Enuresis nocturna. Nach ihrem 1. Partus (mit 27 Jahren) bekam sie beim Stillen einen epil. Anfall. Zunächst zwischen den einzelnen Anfällen große Pausen, bis zu 1 Jahr, dann Häufung. Wesensänderung: Frömmelei, Reizbarkeit, Streitsucht. Pat. wurde gewalttätig und gefährlich für sich und die Umgebung. Schließlich Demenz.
1907 in der Epileptikeranstalt St., von dort in die Schwachsinnigenan-

stalt L. überführt; ungeheilt entlassen. Kam bald darauf mehrmals (4 mal) in die hiesige Klinik; wurde ungeheilt in die Heilanstalt P. verbracht und starb dort.
Descendenz: 1 Tochter, 39 J., lebt, gesund, verh.; hat 2 gesunde Kinder.

F. 20. Steid., L., (B J J) Maurerstochter, geb. 28. 12. 1866, † 24. 10. 1909, 43 J., im Status epilepticus.
Ascendenz: Mutter: Potus,
1 Onkel (Bruder d. Mutter): Potus,
1 Bruder vom 1. Lebensjahr an gelähmt (cerebrale Kinderlähmung).
Pat.: Normale Entwicklung. In der Schule schwach. Von Kind an jähzornig, aufbrausend. Mit 18 Jahren, beim Eintritt der Periode 1. Anfall. Häufung in den folgenden Jahren. Gedächtnis ließ nach. Pat. wurde reizbar, gewalttätig; dabei moralisch völlig haltlos.
1908/09 in hiesiger Klinik. Wurde ungeheilt in die Heilanstalt P. entlassen und starb dann dort im gleichen Jahre.
Descendenz: 2 Töchter (43, 27 J.), leben, gesund, verh.

F. 21. Stein., M., (B A J) Taglöhnerstochter, geb. 14. 8. 1883, 52 J., lebt.
Ascendenz: Frei von psychischen Anomalien, Epilepsie etc. und Potus.
Pat.: Als Kind schon stets aufgeregt, reizbar, „gleich zornig, gleich wieder gut". Mit 14 Jahren traten — heftiger Schreck wurde als Ursache angegeben — erstmals epil. Anfälle auf. Mit dem Eintritt der Periode (18 Jahre) Häufung der Anfälle zur Zeit der Menses. Verwirrtheits- und Dämmerzustände.
1908 in hiesiger Klinik.
Descendenz: Mit 22 Jahren 1 Mädchen (unehelich), totgeboren, Mißgeburt.

F. 22. Stet., S., (B J) Schreinerstochter, geb. 23. 8. 1891, 44 J., lebt.
Ascendenz: 1 Bruder: Epilepsie.
Pat.: Mit 9 Jahren — als Ursache wurde Schreck angegeben — 1. epil. Anfall. Nach ½ Jahr der zweite, schließlich Häufung (täglich). Meist anschließend Verstimmungszustände, Verwirrtheits- und Erregungszustände. 1909 kam Patientin in die hiesige Klinik. Lebt heute in der Pflegeanstalt H. und ist völlig dement.
Descendenz: 1 Sohn (unehelich) war debil, starb mit 7½ Jahren in der Schwachsinnigenanstalt L.

F. 23. Vol., B., (B G A J) geb. 13. 6. 1876, † 1918, 42 J., im Status epilepticus.
Ascendenz: unbekannt.
Pat.: Wurde unehelich geboren; kannte weder Vater noch Mutter. Seit dem 18. Lebensjahr epil. Krampfanfälle. Die Kranke war in den verschiedensten Stellungen tätig, als Dienstmagd, Kindermädchen, Kellnerin usw. Häufung der Anfälle, längste Pause betrug 4 Wochen, meist täglich bis zu 5—7 Anfällen. Pat. wurde zunehmend wesensverändert, streitsüchtig; moralisch haltlos.
Bis zu ihrer Aufnahme in die hiesige Klinik 1897 54 mal vorbestraft wegen Unterschlagung, Diebstahls, Landstreicherei, Bettelns, Unzucht. Pat. war in Strafanstalten und im Arbeitshaus. Wurde 1898 von uns aus ungeheilt in die Heilanstalt W. überführt. Hatte dort weiterhin Anfälle bei zunehmender Demenz. War bis zu ihrem Tode anstaltspflegebedürftig.
Descendenz: 1 Tochter, 41 J., lebt, gesund, verh. Gilt als sehr tüchtige Hausfrau.

Benutztes Schrifttum.

A. Methodologisches, Grenzgebiete.

1) Bauer, J.: Vorlesungen über allgemeine Konstitutions- und Vererbungslehre.
2) Baur, Fischer, Lenz: Menschliche Erblichkeitslehre; 1927.
3) Berlitt, B.: Erblichkeitsuntersuchungen bei Psychopathen; Zschr. f. d. ges. Neur. und Psychiatr., 134/1931.
4) Birk, W.: Über Spasmophilie und Kinderkrämpfe; Leitfaden der Kinderheilkunde I. und II. Teil.
5) Burgdörfer, F.: Bevölkerungsstatistik, Bevölkerungspolitik und Rassenhygiene; aus: Erblehre und Rassenhygiene im völkischen Staat.
6) Entres, J. L.: Allgemeine Vererbungslehre; Spezielle Vererbungslehre; aus: Handbuch der Geisteskrankheiten von Bumke, O., 1928, Allg. Teil, I. Band.
7) Gaupp, R.: Rassenschädigende Einflüsse des Alkoholismus; Die Alkoholfrage 30/1934, Heft 5.
8) Goldschmidt, R.: Die Lehre von der Vererbung; Verlag J. Springer, Berlin 1927.
9) Gottschlich, E.: Handbuch der hygienischen Untersuchungsmethoden. 1926, Band I.
10) Kattentidt, B.: Zur Frage einer Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung; Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 103/1926.
11) Moro, E.: Kindliche Epilepsie und Grenzgebiete; Münch. m. Wschr., 1934, Nr. 41.
12) Panse, Fr.: Beitrag zur Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung; Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 154/1935.
13) Rohden, von: Über die rassenhygienischen Aufgaben des Anstaltspsychiaters; Psychiatr.-neur. Wschr. 35/1933, Nr. 39.
64) Rösch, A.: Zur Sterilisierungsfrage bei Alkoholikern; Psychiatr.-neur. Wschr. 37/1935, Nr. 41.
15) Rüdin, E.: Einige Wege und Ziele der Familienforschung mit Rücksicht auf die Psychiatrie; Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 7/1911; Referat hierüber von Allers, R. im Archiv für Rassenbiologie 1912.
16) — Erblichkeit und Psychiatrie; Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 93/1924.
17) — Die Ergebnisse der psychiatrischen Erbbiologie für die eugenische Praxis; Ref. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 64.
18) Schulz, B.: Über die Methoden der psychiatrisch-erbbiologischen Forschung; aus Erblehre und Rassenhygiene im völkischen Staat.
19) Schuppius: Über Erblichkeitsbeziehungen in der Psychiatrie; Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 13/1912.
20) Steinwallner, B.: 2 Jahre Erbgesundheitsgesetz — 1½ Jahre Erbgesundheitsgerichtsbarkeit; Psychiatr.-neur. Wschr. 37/1935, Nr. 28.
21) Weinberg, W.: Statistik und Vererbung in der Psychiatrie; Ref. Arch. f. Rassenbiologie 7/1910.

22) Weinberg, W.: Vererbung und Soziologie; Berl. m. Wschr. 49/1912, I.
23) — Weitere Beiträge zur Theorie der Vererbung; Arch. f. Rassenbiologie 9/1912.
24) — Über neuere psychiatrische Vererbungsstatistik; Arch. f. Rassenbiologie 10/1913.
25) — Auslesewirkungen bei biologisch-statistischen Problemen; Arch. f. Rassenbiologie 10/1913.
26) Weygandt, W.: Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten; Verlag C. Marhold, Halle a. S. 1935.

B. Epilepsie.

1) Bonhoeffer, K.: Zur Epilepsiediagnose im Sterilisierungsverfahren; D. m. Welt 9/1935, Nr. 46 u. Ref. in Psychiatr.-neur. Wschr. 37/1935, Nr. 48.
2) Boening, H. und Konstantinu, Th.: Encephalographische und erbbiologische Untersuchungen an genuinen Epileptikern; Arch. f. Psychiatr. 100/1933; Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 69/1934.
3) Conrad, K.: Die Bedeutung der Erbanlage bei der Epilepsie; Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 78/1935.
4) Dawidenkow, S. und Galatschian, A.: Über die Eheberatung bei genuiner Epilepsie; Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 140/1932.
5) Demme, H.: Die Stellung der Epilepsie im Rahmen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses; Münch. m. Wschr. 82/1935, Nr. 35.
6) Dsagoroff: Über die Rolle des Alkoholismus in der Aetiologie der Kinderepilepsie; Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 64.
7) Ehrhardt, A.: Ein statistischer Beitrag zur Entstehung der Epilepsie; Allg. Zschr. f. Psychiatr. 70/1913.
8) Ganter, R.: Über Erblichkeit bei der Epilepsie; Arch. f. Psychiatr. 81/1927.
9) Gerum, K.: Beitrag zur Frage der Erbbiologie der genuinen Epilepsie, der epileptoiden Erkrankungen und der epileptoiden Psychopathen; Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 115/1928.
10) Gruhle, H. W.: Epileptoide Psychopathen; Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 64.
11) Guschmer, J.: Zum Problem der Erbprognosebestimmung; Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 106/1926.
12) Heilig, G. und Steiner, G.: Zur Kenntnis der Entstehungsbedingungen der genuinen Epilepsie; Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 9/1912.
13) Hoffmann, H.: Studie zum psychiatrischen Konstitutionsproblem (Ein Beitrag zum erbbiologisch-klinischen Arbeitsprogramm); Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 74/1922.
14) Küenzi, F.: Über das Wiederauftreten von Epilepsie unter den Nachkommen von Epileptikern; Mschr. f. Psychiatr. u. Neur. LXXII/1929.
15) Luxenburger, H.: Die Ergebnisse der Erbprognose in den 4 wichtigsten psychischen Erbkreisen; Zschr. f. psych. Hygiene 6/1933.
16) — Spezielle empirische Erbprognose in der Psychiatrie; aus: Erblehre und Rassenhygiene im völkischen Staat, 1934.
17) Mauz: Die Veranlagung zu Krampfanfällen; Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 78/1935.
18) Meyer, H.: Besteht bei vererbbaren Geisteskrankheiten, . . . genuiner Epilepsie erhöhte Sterblichkeit in dem Sinne, daß die Fortpflanzung der Kranken verringert wird? Allg. Zschr. f. Psychiatr. 100.

19) Müller, E. H.: Einige Beziehungen des Alkoholismus zur Aetiologie der Epilepsie; Mschr. f. Psychiatr. u. Neur. XXVIII.
20) Oberholzer, E.: Erbgang und Regeneration in einer Epileptikerfamilie; Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 16/1913.
21) Ostmann: Gesammelte Notizen über unsere Epileptiker (Ein Beitrag zur Kenntnis der Epilepsie); Allg. Zschr. f. Psychiatr. 89/1928.
22) Rabinowic, J.: Vererbung und Körperbau im Familienkreis der Epilepsie; Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 68.
23) Roemer, H.: Zur Symptomatologie und Genealogie der psychischen Epilepsie und der epileptoiden Anlage; Allg. Zschr. f. Psychiatr. 67/1910.
24) Rüdin, E.: Der gegenwärtige Stand der Epilepsieforschung; Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 89/1924.
25) Schott: Beitrag zur Lehre von der Epilepsie; Arch. f. Psychiatr. 65/1922.
26) Schulz, B.: Einige methodologische Bemerkungen im Anschluß an die Arbeit von K. Gerum: „Beitrag zur Frage der Erbbiologie der genuinen Epilepsie." Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 123/1930.
27) Snell, O.: Die Belastungsverhältnisse bei der genuinen Epilepsie; Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 70/1921.
28) Stauder, K. H.: Epilepsie; Fortschr. d. Neur. u. Psychiatr. 6/1934.
29) Steiner, G.: Über die familiäre Anlage zur Epilepsie; Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 23/1914.
30) Stüber: Die erbliche Belastung bei der Epilepsie; Sammelref. im Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 25.
31) Weise, G.: Über die erbliche Belastung in Fällen von sog. traumatischer Epilepsie im Vergleich mit solchen genuiner Epilepsie; Arch. f. Psychiatr. 85/1928.

LEBENSLAUF.

Ich bin geboren am 5. 8. 1912 zu Galkhausen, Reg.-Bez. Düsseldorf, als Sohn des jetzigen Direktors Dr. med. Max Raether. Von 1918—1922 besuchte ich die Kaiser-Karl-Volksschule in Bonn, wohin mein Vater inzwischen versetzt worden war und war anschließend auf dem Städtischen Arndt-Gymnasium. Ostern 1931 erhielt ich das Zeugnis der Reife am Staatlichen Gymnasium in Kleve. Nach den vorklinischen Studien in Bonn und Tübingen bestand ich dort im Frühjahr 1934 die ärztliche Vorprüfung. Meine klinischen Semester verbrachte ich ebenfalls in Tübingen und machte im W.-S. 1935/36 in der dortigen Universitäts-Nervenklinik bei Herrn Prof. Gaupp meine vorliegende Dissertation. Am 18. Januar 1937 beendete ich mein medizinisches Staatsexamen vor dem Tübinger Prüfungsausschuß und promovierte am 29. 1. 1937. Das Praktische Jahr begann ich an der Rheinischen Prov.- Heil- und Pflegeanstalt und Psychiatrisch-Akademischen Klinik Düsseldorf-Grafenberg am 1. 2. 1937.

Zum Schlusse danke ich Herrn Professor G a u p p herzlichst für die Anregung zu vorliegender Arbeit und seine Unterstützung bei ihrer Ausführung.